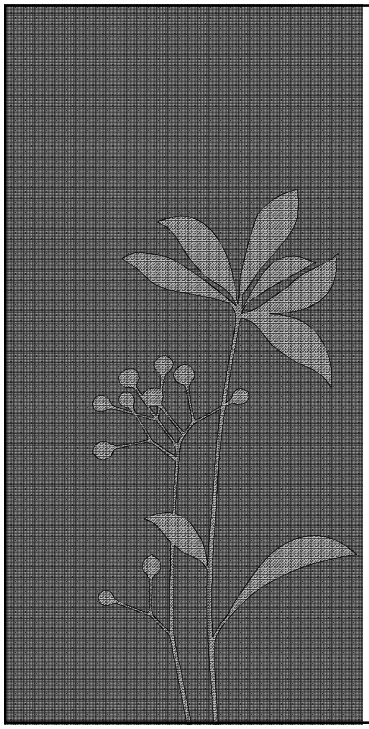


JOURNÉE DE FORMATION EN ADDICTION

Ste-Anne-des-Monts

Le 20 septembre 2012

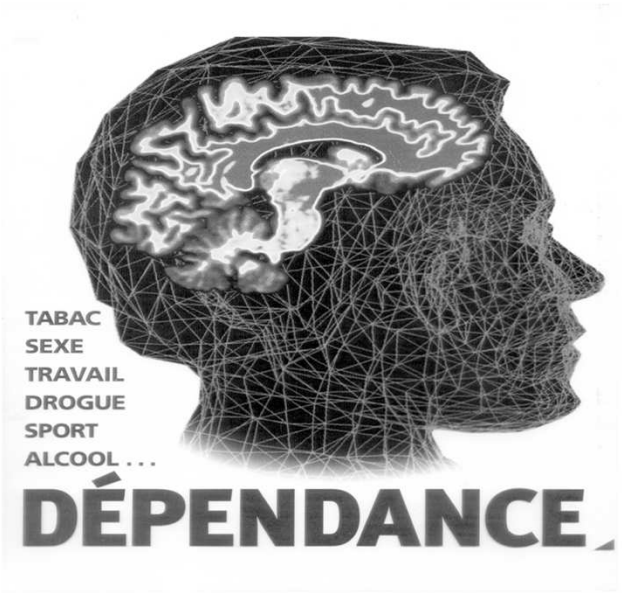
Dr Jean-Marc Pépin

1

Plan de la journée

- Neurophysiologie de l'addiction
- Addiction et santé mentale
- Sevrage des psychotropes et désintoxication non-hospitalière
- Annexes

2



3

HUMAIN

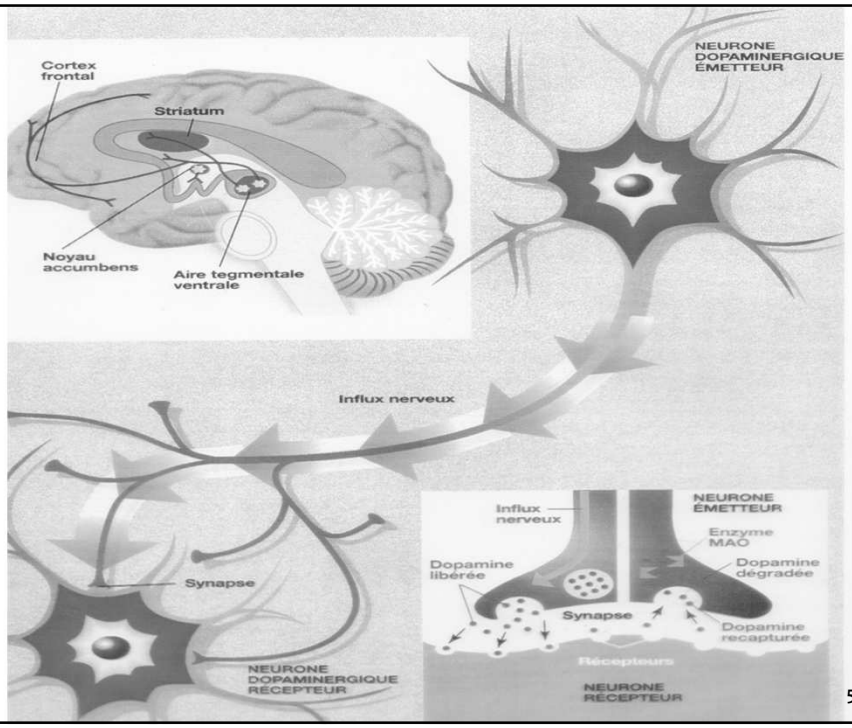
DROGUES

- Cocaïnomane
- Injection aux 30 min.
- 3 à 5 jours
- Sans s'alimenter
- Hallucinations
- Épuisement

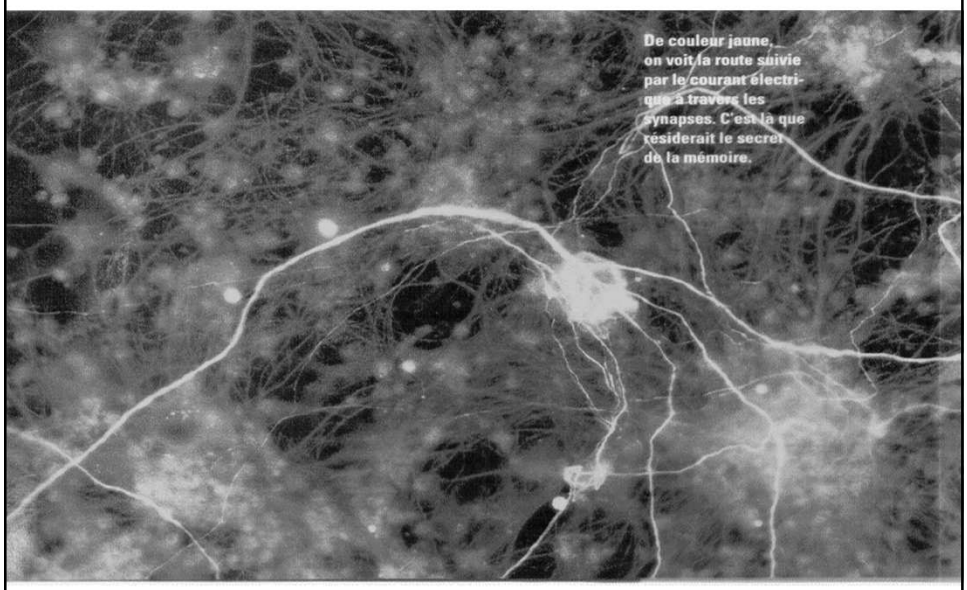
JOUEUR PATHOLOGIQUE

- Parier sans interruption
- X hres
- Irrationnelle
- Perte $
- ↓
- Faillite
- ↓
- Déchéance sociale

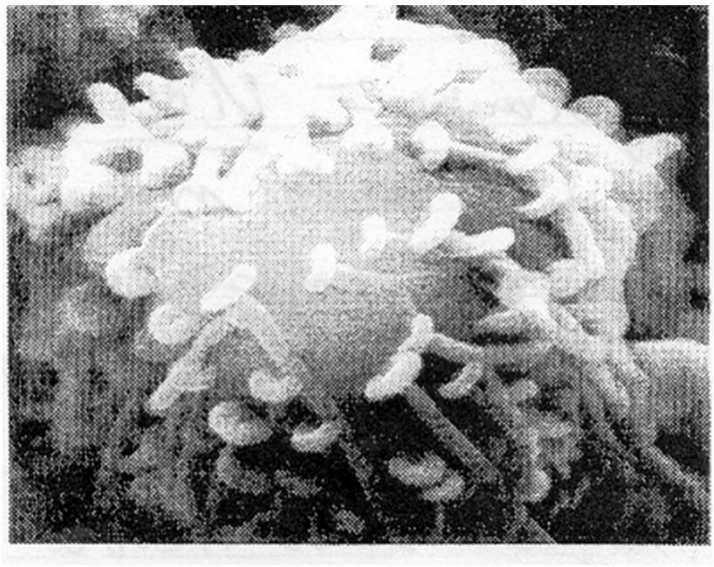
4


Cortex frontal
Striatum
Noyau accumbens
Aire tegmentale ventrale
NEURONE DOPAMINERGIQUE ÉMETTEUR
Influx nerveux
Synapse
NEURONE DOPAMINERGIQUE RÉCEPTEUR
Influx nerveux
NEURONE ÉMETTEUR
Enzyme MAO
Dopamine libérée
Dopamine dégradée
Synapse
Dopamine recapturée
Récepteurs
NEURONE RÉCEPTEUR

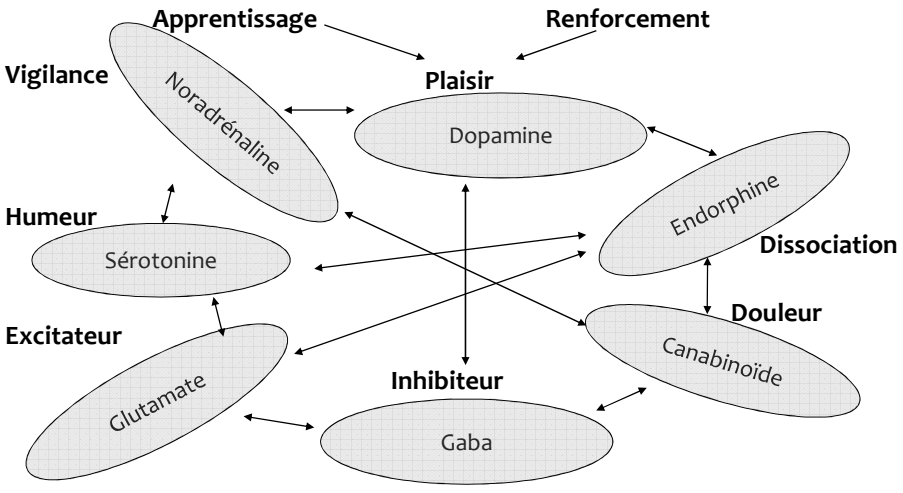
5


De couleur jaune, on voit la route suivie par le courant électrique à travers les synapses. C'est là que résiderait le secret de la mémoire.

6



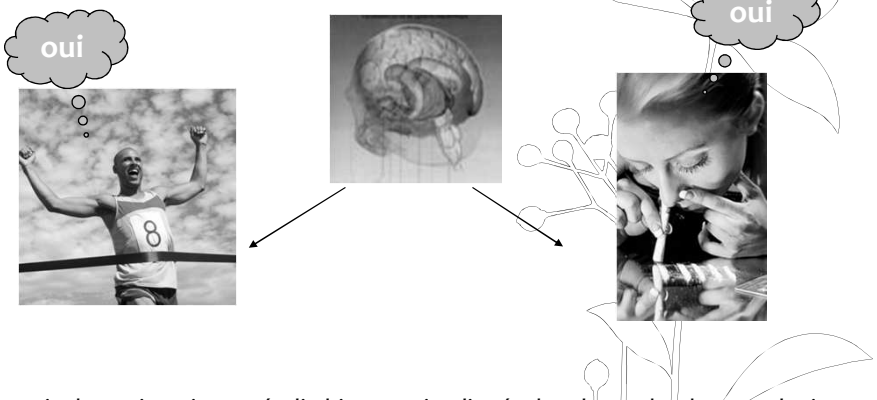
7



Interaction neuronale = Homéostasie
équilibre

8

Voie mésolimbique



La voie dopaminergique mésolimbique est impliquée dans la psychopharmacologie de la récompense, que ce soit pour des "sommets" naturels ou les "voyages" induits par les drogues.

9

SYSTÈME LIMBIQUE

OPÉRATIONS VÉGÉTATIVES

Régulation hydrique - soif
Faim – satiété
Température
Frissons
T.A. – réaction cardiaque
Respiration
Fonctions intestinales
Reins

RÉACTIONS COMPORTEMENTS

Colère - rage
Peur - angoisse
Plaisir ⟷ douleur
Sexualité
↓
Orgasme = dépolarisation corticale

RÔLE DANS TOUTE PERTURBATION PHYSIQUE OU MENTALE

10

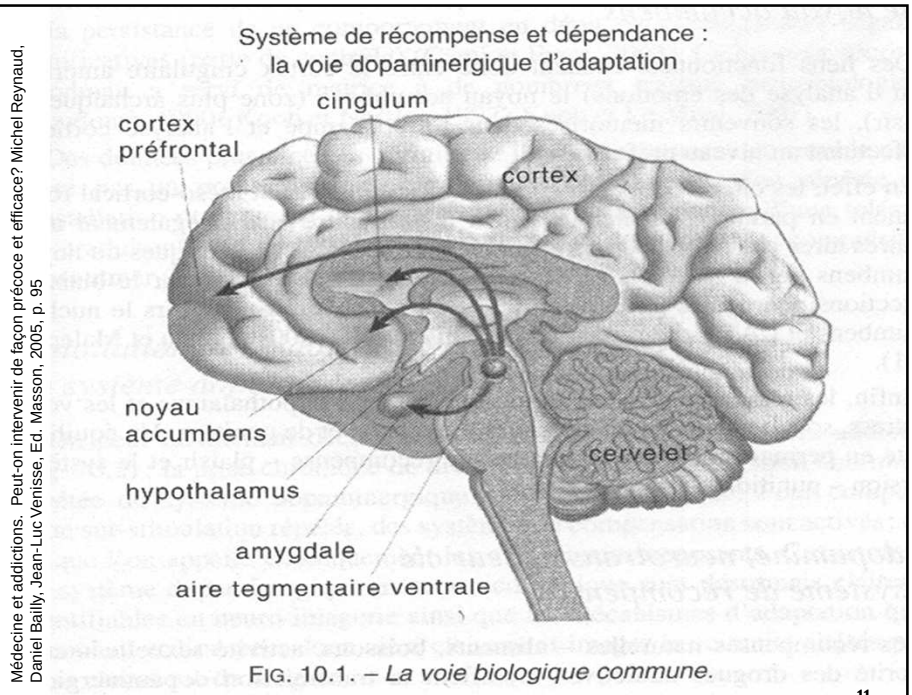
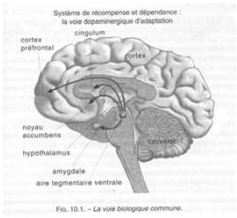


FIG. 10.1. – *La voie biologique commune.*

Médecine et addictions. Peut-on intervenir de façon précoce et efficace? Michel Reynaud, Daniel Bailly, Jean-Luc Venisse, Ed. Masson, 2005, p. 95

11

Anatomie du système limbique



Circuit de la récompense

MESO LIMBIQUE

ATV

Aire tegmentaire ventrale

DA

Structure syst. limbique
-Noyau Accumbens
-Amygdale
- Hippocampe

Réflexes conditionnés	**Mémoire**
Renforcement	**Apprentissage**

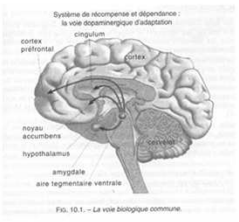
Émotions

Manque/besoin

Affection/relation

12

Anatomie du système limbique



ATV

Circuit de la récompense

MESO CORTICALE

DA → **Cortex pré frontal**

Conséquences cognitives de l'émotion

↓

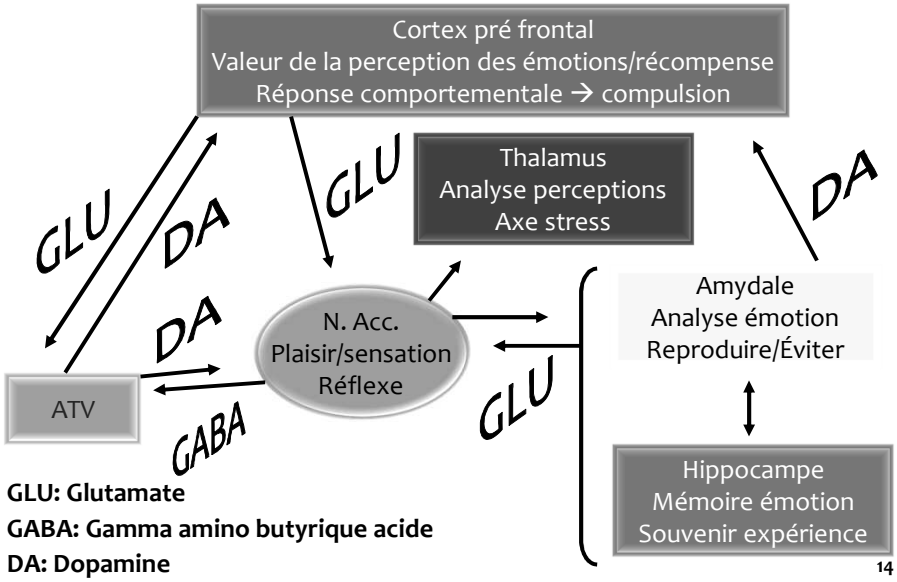
Comportement adaptation

↓

Recherche compulsive

13

Interactions des circuits meso cortical et meso limbique

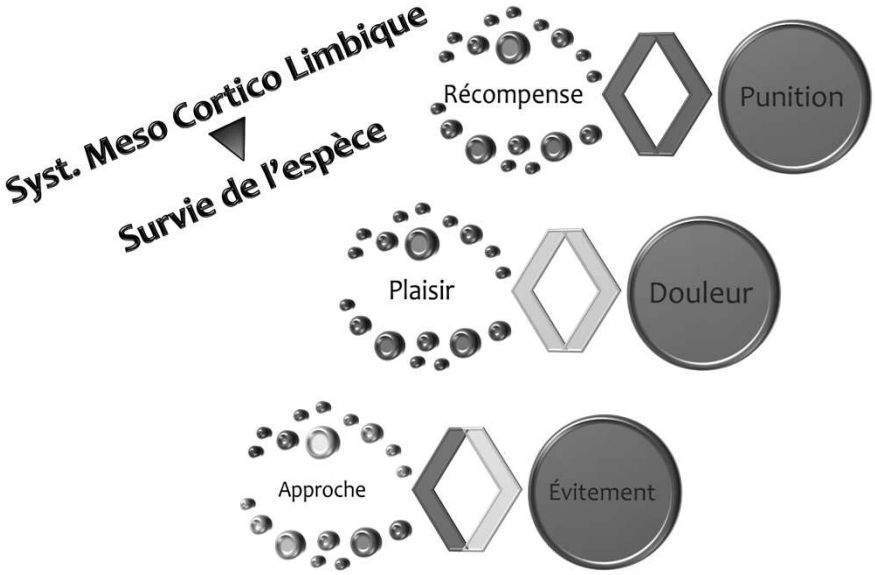


Adapté de: Médecine & addictions, Masson, 2005

GLU: Glutamate
GABA: Gamma amino butyrique acide
DA: Dopamine

14

Circuit de la récompense- Fonctions



Adapté de traite d'addictologie, Raynaud, M. – Flammarion, Médecine-Science, 2006

15

Circuit de la récompense - Fonctions

ENFANCE

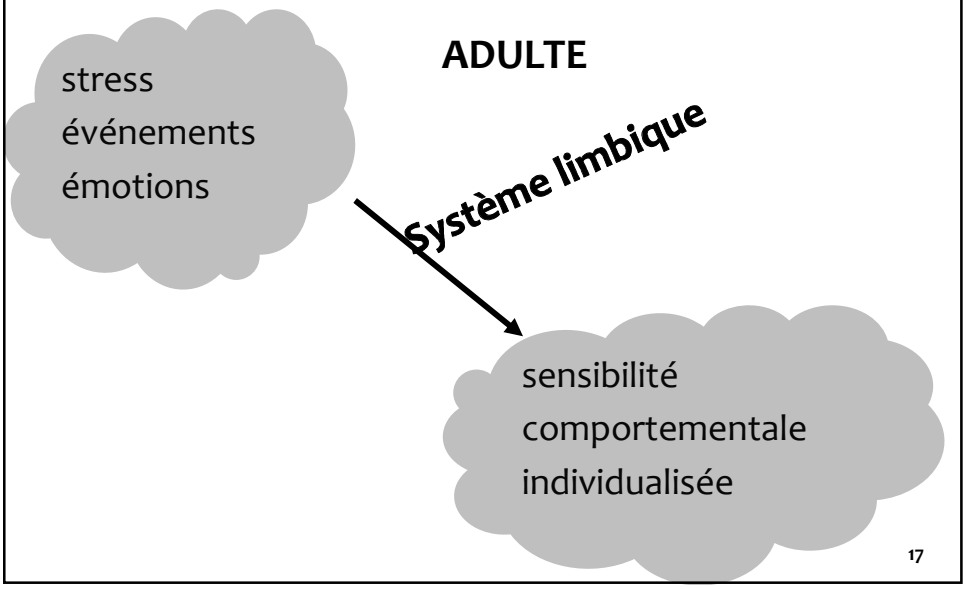
expériences précoces		QUALITÉ MATERNAGE
plaisir/douleur	VS	
corporelle/émotionnelle		LIEN ATTACHEMENT

- BON ⟷ MAUVAIS
- Approche ⟷ Évitement

Adapté de traite d'addictologie, Raynaud, M. – Flammarion, Médecine-Science, 2006

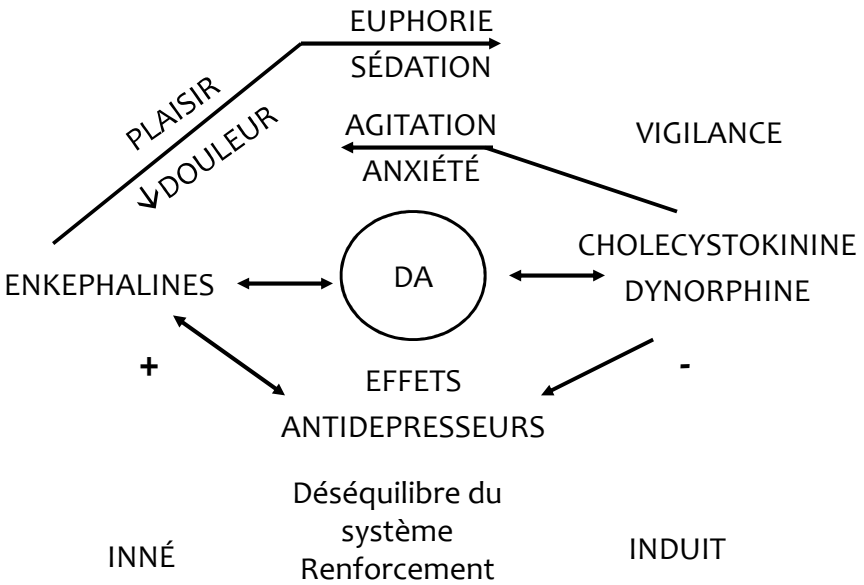
16

Circuit de la récompense - Fonctions



17

Circuit de la récompense - Dynamique



18

Circuit de la récompense - Dynamique

KO gène
enképhaline

- ↑ sensibilité à la douleur
- Anxiété
- Irritabilité
- Dépression

19

Circuit de la récompense

Adapté de Médecine et Addictions, 2005

Prise chronique psychotopes

Activation forcée, répétée du système DA

Activation système de compensation

Adaptation morphologique et moléculaire des neurones du circuit de la récompense
(plasticité neuronale)

Modification récepteurs (nbre/fonction)
Adaptation synaptique de la récompense

(vulnérabilité génétique)

20

Médecine et addictions, M. Raynaud, D. Bailly, J-L Venisse, p. 99

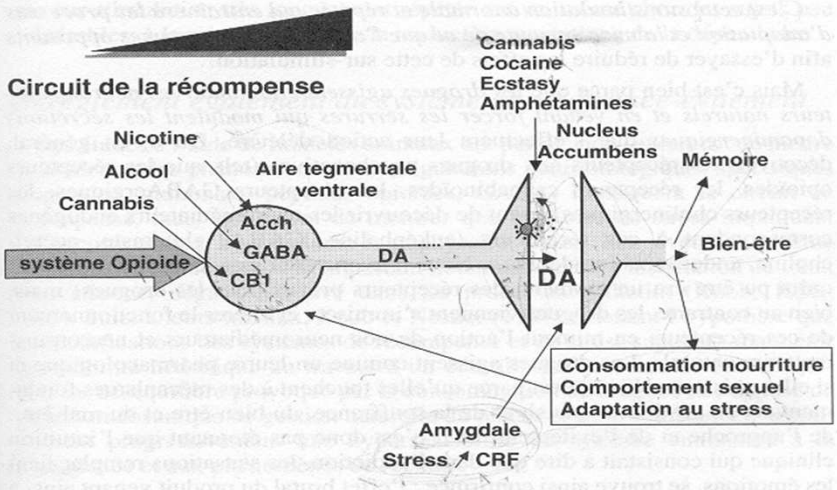


FIG. 10.3. – *Dérèglement du système dopaminergique de récompense par les drogues.*

DROGUES ≠ HABITUDES

21

Adapté de Médecine et Addiction, 2005

Plasticité neuronale

• Variation seuil DA	VS	• Niveau récompense
• ↑ DA →		• Anticipation - Attente plaisir
• ↑ ↑ DA →		• Lors de la récompense
• Retour niveau base →		• Après récompense
• ↓ DA →		• Si absence récompense, sous seuil habituel Mal-être/anxiété/irritable

Activité DA
- récompenses naturelles → Millisecondes
- drogues → X minutes

22

Adaptation neuronale – Les coupables

Consommation répétée → Adaptation neuronale progressive

↓

Tolérance (accoutumance) ↓ plaisir

↓

Escalade de consommation

↓

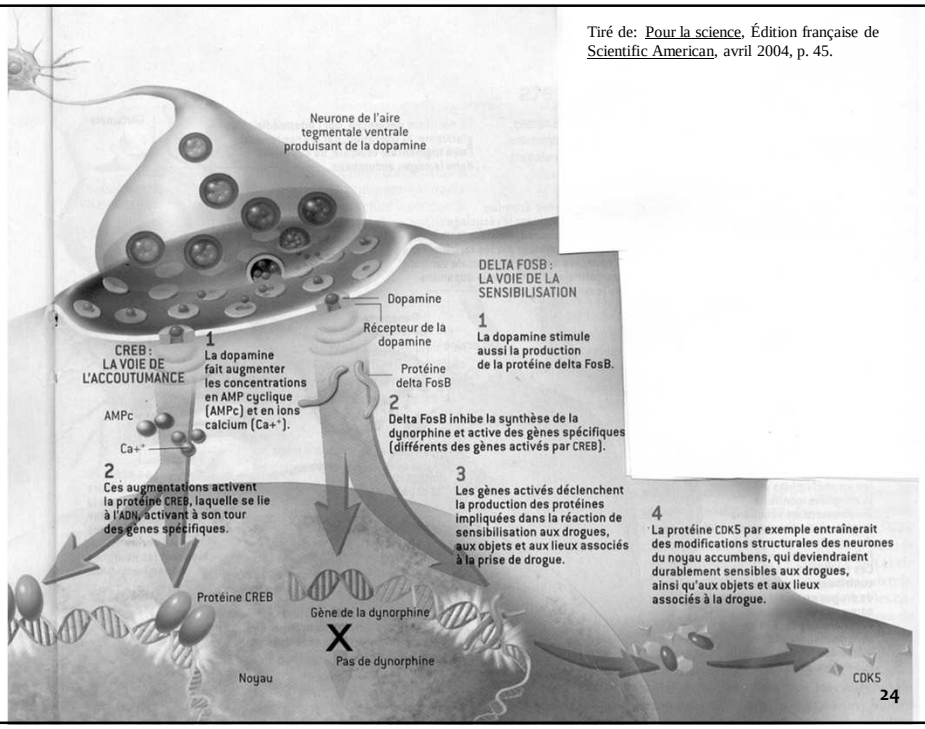
Dépendance → sevrage → Désir Ψ et souffrance

↓

Calmer par prise drogue

23

Tiré de: Pour la science, Édition française de Scientific American, avril 2004, p. 45.


Neurone de l'aire tegmentale ventrale produisant de la dopamine
Dopamine
Récepteur de la dopamine
Protéine delta FosB
CREB : LA VOIE DE L'ACCOUTUMANCE
1 La dopamine fait augmenter les concentrations en AMP cyclique (AMPc) et en ions calcium (Ca++).
AMPc
Ca++
2 Ces augmentations activent la protéine CREB, laquelle se lie à l'ADN, activant à son tour des gènes spécifiques.
Protéine CREB
Gène de la dynorphine
X
Pas de dynorphine
Noyau
DELTA FOSB : LA VOIE DE LA SENSIBILISATION
1 La dopamine stimule aussi la production de la protéine delta FosB.
2 Delta FosB inhibe la synthèse de la dynorphine et active des gènes spécifiques (différents des gènes activés par CREB).
3 Les gènes activés déclenchent la production des protéines impliquées dans la réaction de sensibilisation aux drogues, aux objets et aux lieux associés à la prise de drogue.
4 La protéine CDK5 par exemple entraînerait des modifications structurales des neurones du noyau accumbens, qui deviendraient durablement sensibles aux drogues, ainsi qu'aux objets et aux lieux associés à la drogue.
CDK5

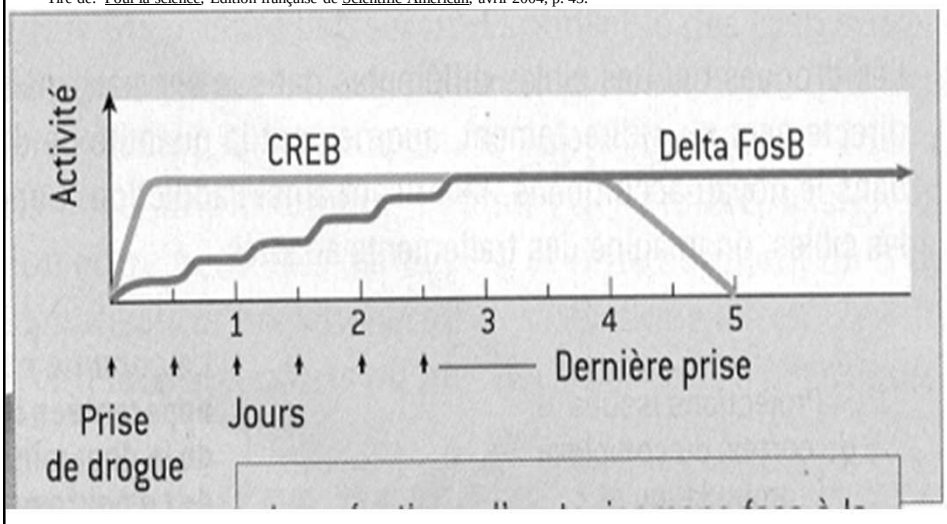
24

Delta Fos-B

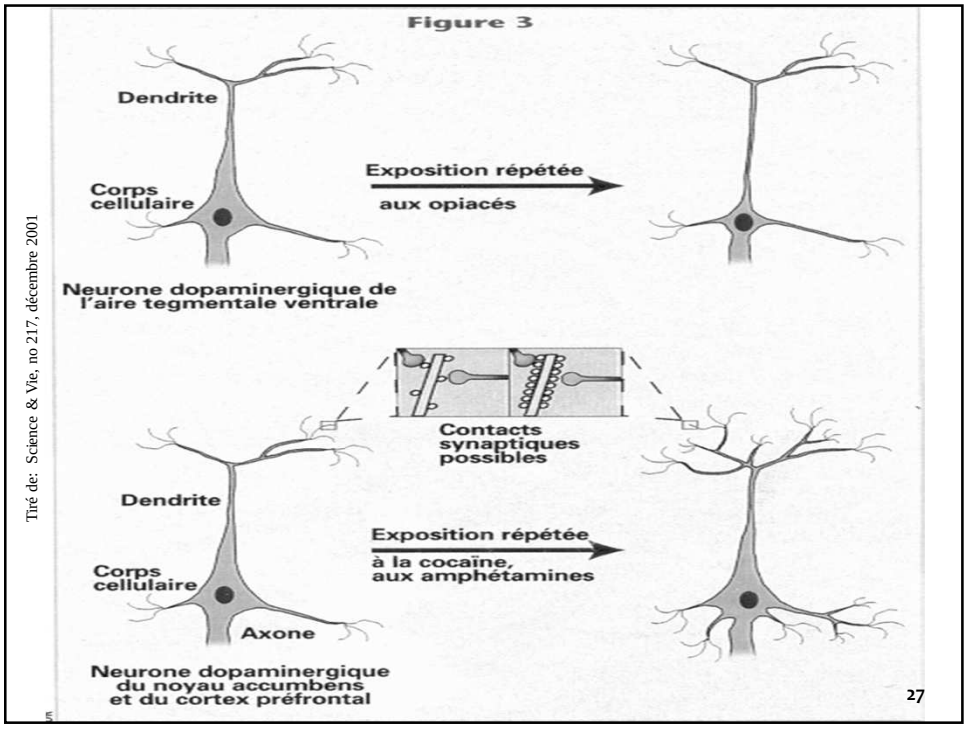
- ↑ sensibilité long terme du circuit de la récompense
- ↑ sensibilité à des récompenses répétées autre que des drogues
- Rôle dans le développement → compulsion à divers stimulus de la récompense

25

Tiré de: Pour la science, Édition française de Scientific American, avril 2004, p. 45.

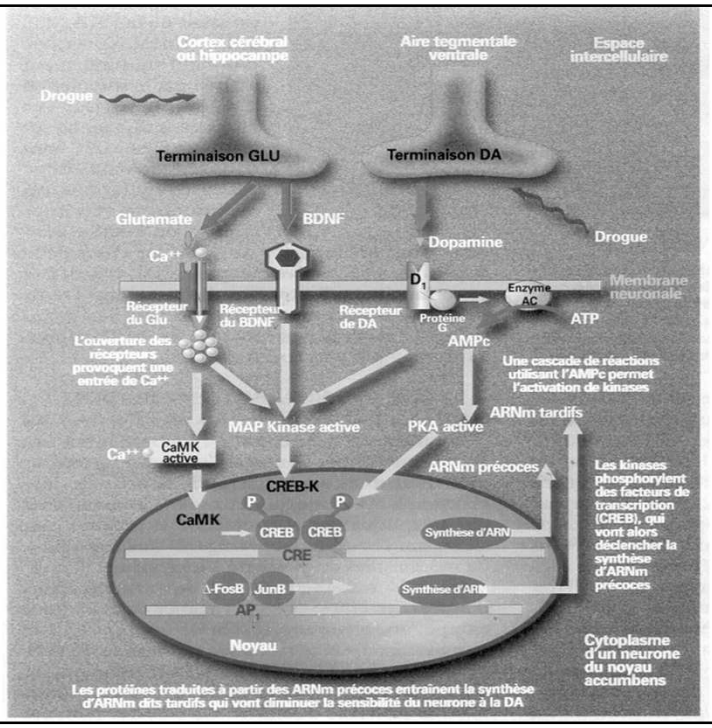


26



Tiré de: Science & Vie, no 217, décembre 2001

27



Tiré de: Science & Vie, no 217, décembre 2001

28

STRESS VS ADDICTIONS

Addiction : forme d'adaptation au stress

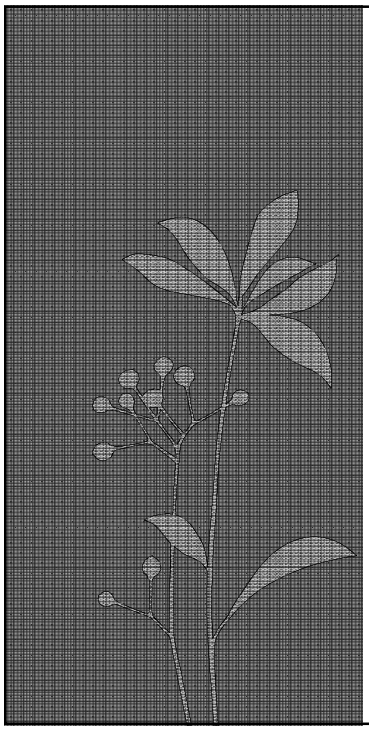
- **Fonctions bénéfiques**
  - ❑ Auto-contrôle de l'agressivité
  - ❑ Réduction des états de tension
  - ❑ Contrôle des états de stress

↓

- Moindre mal
- diminution risques de passage à l'acte

Médecine et addictions, M. Reynaud, D. Bailly, J.L. Venisse – p. 75, 2005

29



ADDICTION

Facteur vulnérabilisant au stress

30

Mécanismes dépendance

USAGE AIGÜ

RENFORCEMENT PLAISIR Récompense
augmentation Voie mésolimbique Dopaminergique (5 HTergique opioïde)

Minutes → heures

ABSTINENCE COURT TERME

SEVRAGE
augmentation Glutamate augmentation NA diminution DA, 5HT augmentation CRF

Heures → jours

USAGE CHRONIQUE

TOLÉRANCE Sensibilisation récepteurs Dépendance
Adaptation récepteur augmentation AMP cyclique, etc… Hypersensitilité neuronale augmente souvenir hédonique

Jours → années

ABSTINENCE LONG TERME

MANQUE Stress→rechutes
Remodelage synoptique? (cognitif mémoire) augmente CRF Mécanismes cellulaires et moléculaires divers

Jours → années

31

Anxiété – Mécanisme – Stress et Cortisol

STRESS → Sécrétion Cortisol

↓

Hyper cortisolémie

↓

Catabolisme N.T. (DA, NE, 5HT)

↓

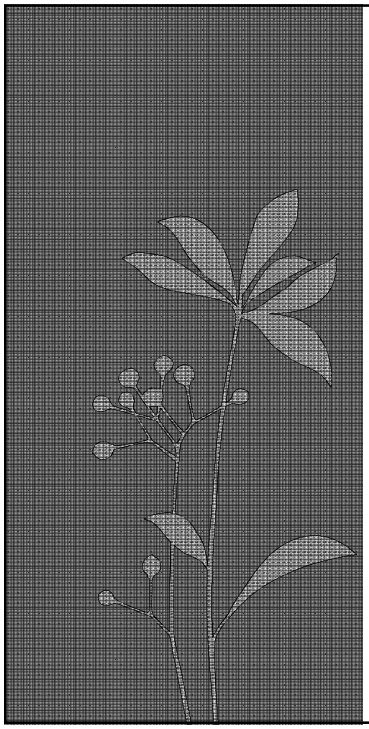
Catabolisme > synthèse
déficit quantitatif

↓

Développement et/ou
exacerbation de symptômes

Anisman & Zacharcho, 1992.

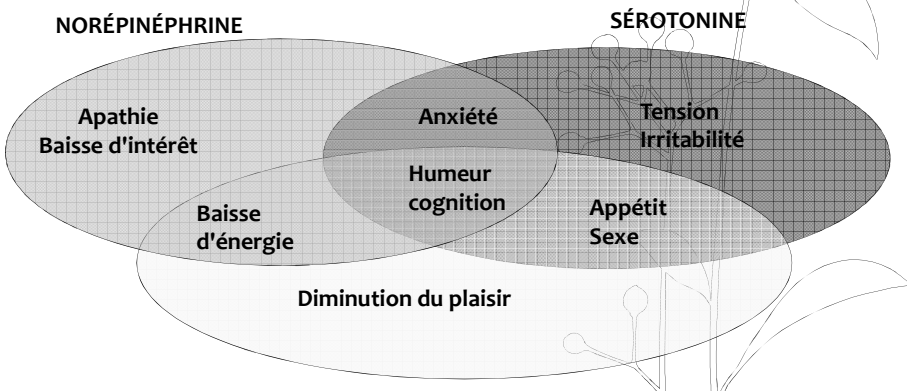
32



DÉPRESSION & ADDICTION

33

SYMPTÔMES & NEUROTRANSMETTEURS



34

Santé mentale / toxicomanie

➢Schizophrénie	50%
➢Bipolaire	60%
➢Troubles anxieux	40%
➢Dépression	30%
➢Troubles de personnalité	60-80%

35

Sevrage et dépression

- ➢Déplétion en sérotonine
- ➢Abattement
- ➢Relâchement des dispositifs de survie
- ➢Effet cumulatif du déficit relationnel

(Roy, P. – Md)

36

Suicide et toxicomanie

- 20-30% toxicomanes qui consultent : tentative de suicide antérieure
- Suicide complété : 3 à 4 fois > population générale
- Suicide à vie : 15%
- 50% suicide = associés abus de drogue (pas toujours toxicomane)

37

Propriété de la substance
Mode d'absorption
Quantités
Fréquence de consommation

Substance

Effet
pharmacothymie

Individu

- Caractéristiques personnelles
  - Santé
  - État psychologique
- Maturité psychosociale toxicomanogènes
  - Isolement
  - Relations interpersonnelles

Contexte

- Moment, lieu, ambiance
- Famille, amis, école, travail
- Éléments dans l'environnement

38

Source : J.-F. De La Sablonnière md, psychiatre *Les substances et l'humeur* mai 2003

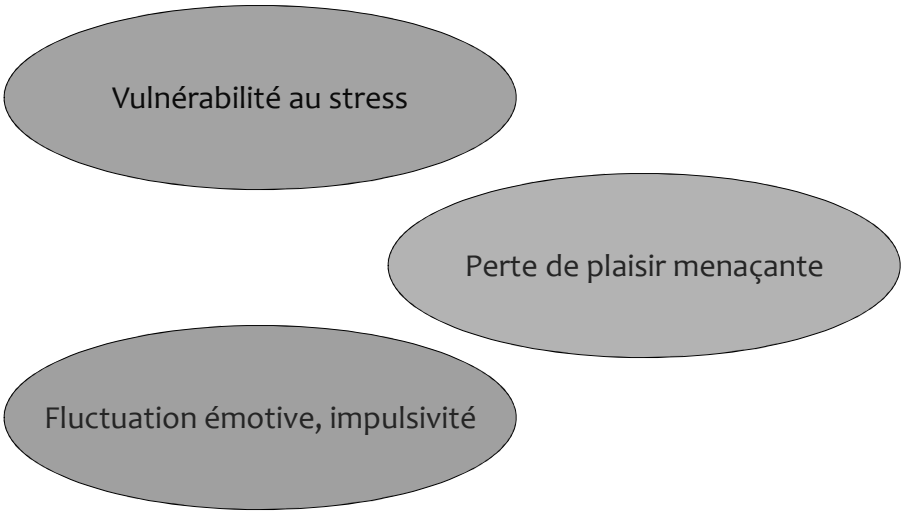
La toxicomanie

- Premiers usages : euphorie, plénitude, socialisation vs dissociation…
- Contre-adaptation neuronale : tolérance
- Sensibilisation : « Craving »
- Devient rapidement un problème autonome
- Le cerveau devient « allostasique »

39

Jean-Francois De La Sablonnière, psychiatre, Avril 2009

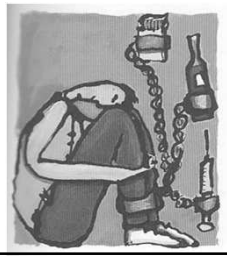
Cerveau « allostasique »



40

Impacts de la consommation

- Dysrégulation hédonique (liée à tolérance)
- Craving indicé (lié à la sensibilisation)
- Hypofrontalité
- Vulnérabilité au stress
- Victimisation
- Itinérance
- Infection secondaire (HIV, HCV, HBV)
- Pauvreté
- Hospitalisation
- Incarcération
- Morbidité générale accrue
- Mortalité accrue



41

Conduite thérapeutique

- Expliquer allostasie
- Convaincre d'un suivi psychosocial
- Convaincre de changer de milieu
- Utiliser médication adaptée
- Éviter stimuler allostasie (benzo, narcotiques, stimulants, stéroïdes)

Jean-Francois De La Sablonnière, psychiatre, Avril 2009

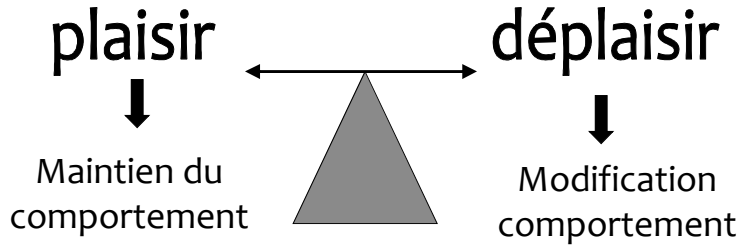
42

Dépister! Mais comment?

- Ne pas confronter
- Accueillir cette clientèle
- Ne pas imposer notre perception
- L'aider à modifier sa vision

43

Motivation au changement



Désir changement ≠ connaissance d'un problème

44

Établir un climat de confiance

comprendre son univers

soulever certaines répercussions

accroître la conscience des conséquences

créer désir de changement

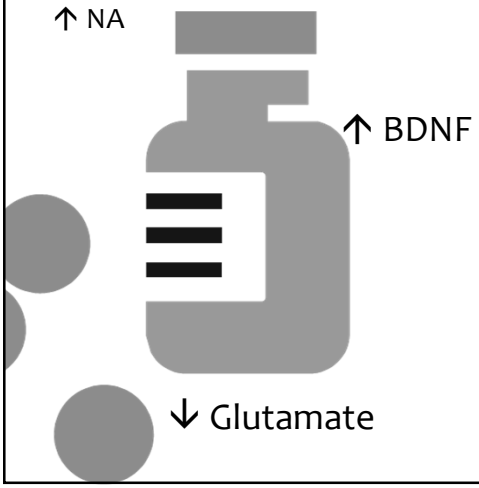
respecter le rythme de la personne

45

Pharmacothérapie / Addiction

↑ DA
↑ 5-HT
↑ NA

Antidépresseurs

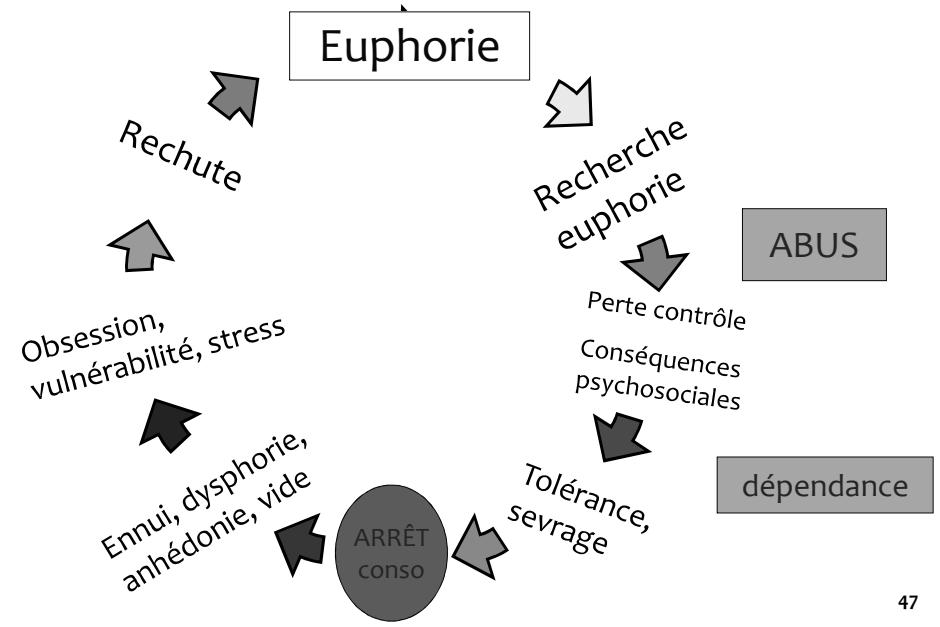


Psychothérapie
Exercices
Antidépresseurs (5HT,NA)
Neuroleptiques atypiques
Environnement stimulant

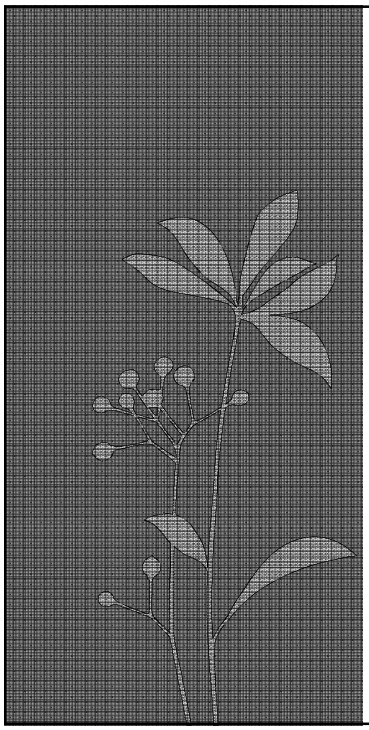
Stabilisation de l'humeur

46

Dépendance = Processus évolutif



47



SEVRAGE DES PSYCHOTROPES

et désintoxication non-hospitalière

48

Désintoxication

- Processus de traitement visant élimination d'une substance
  - par retrait graduel
  - par traitement de substitution

et contrôle sécuritaire du syndrôme de sevrage

- Implique évaluation médicale pour préciser :
  - niveau de soins
  - contexte
  - dépistage des pathologies médico-psychiatriques

- Implique préparation de l'usager à la réadaptation

Adapté de Rouillard, Tremblay, Boivin, 1999

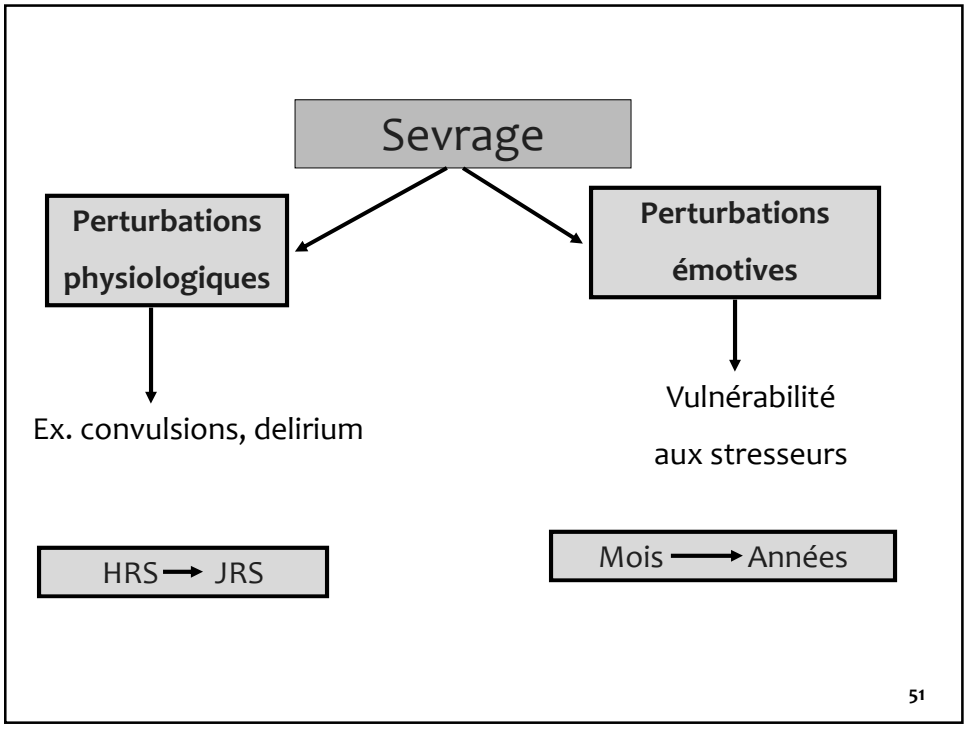
49

Syndrome de sevrage

- Ensemble de signes & symptômes
- Survient à la suite de l'arrête brusque ou diminution rapide (utilisation répétée)
- Symptômes à l'opposé des effets pharmaceutiques
- Classes de substances = syndrome de sevrage semblable
- Début, durée, intensité varient selon substance, durée d'utilisation & degré neuroadaptation

Adapté de Rouillard, Tremblay, Boivin, 1999

50



51

Principes généraux de traitement

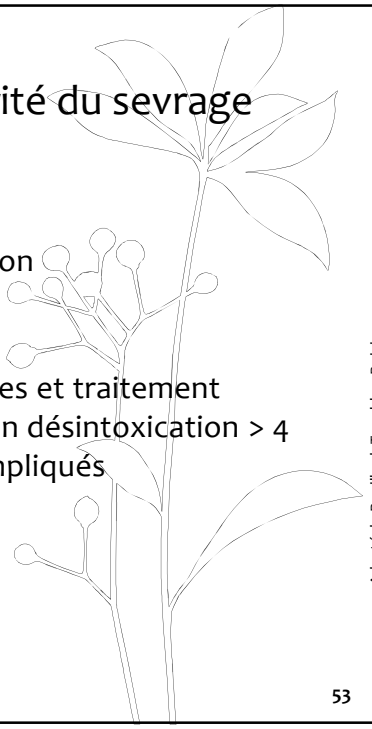
- Évaluation médico-psychiatrique complète.
- Histoire détaillée des consommations de chaque drogue depuis 1 mois, surtout la dernière semaine.
- Sévérité des sevrages antérieurs.
- On ne peut pas toujours prédire la sévérité.
- Les sevrages sont plus faciles à contrôler lorsque traités dès le début.

Adapté de Rouillard, Tremblay, Boivin, 1999

52

Facteurs prédictifs de la sévérité du sevrage aux psychotropes

- Quantité consommée
- Moment de la dernière consommation
- Niveau d'intoxication à l'évaluation
- Fenêtre des 14 derniers jours
- Délai entre apparition des symptômes et traitement
- Nombre de traitements antérieurs en désintoxication > 4
- Histoire de sevrages sévères ou compliqués
- État de santé détérioré
- État de santé mentale détérioré
- Polytoxicomanie
- Âge

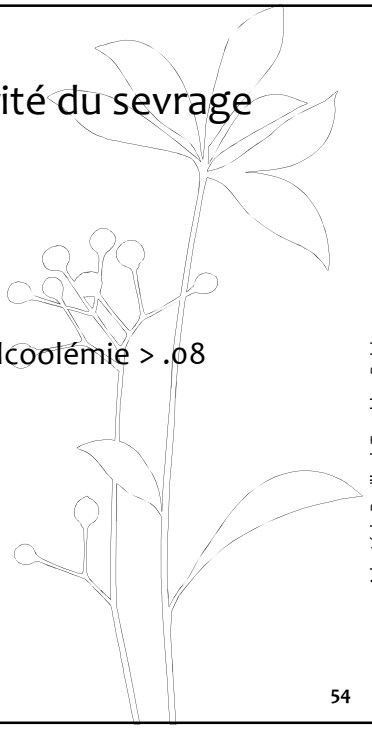


Adapté de Rouillard, Tremblay, Boivin, 1999

53

Facteurs prédictifs de la sévérité du sevrage aux psychotropes, suite

- Nombre d'années d'utilisation
- Quantité maximale/jour
- Intensité de la pulsion « craving »
- Début: 3 x semaine: 1 mois et > si alcoolémie > .08
- Abus > 6 ans = ↑ risques x 15



Adapté de Rouillard, Tremblay, Boivin, 1999

54

Indications d'hospitalisation

- Intoxication aiguë qui ne peut être traitée avec sûreté en externe ou à la salle d'urgence dans un délai de 24 hres.
- Risque de sevrage sévère ou avec complication médicale.
- Conditions médicales générales rendant le traitement ambulatoire dangereux.

Adapté de Rouillard, Tremblay, Boivin, 1999

55

Condition médicale actuelle

Grossesse: nombre de semaine
Troubles respiratoires

_____

- ❑ Traumatisme crânien récent (1 ms) avec perte conscience
- ❑ Traumatisme crânien ≤ 48 heures
- ❑ Troubles cardiaques
- ❑ Troubles gastro-intestinaux
- ❑ Hypertension artérielle
- ❑ Épilepsie Diabète
- ❑ Allergies Atteinte hépatique
- ❑ Infections Malnutrition
- ❑ Autres (précisez):_____
- ❑ Médecin traitant:_____

Adapté de Rouillard, Tremblay, Boivin, 1999

56

- Grossesse: symptômes de sevrage
  Alcool, BZD → confondants
  Opiacés → sevrage ↑ risque pour fœtus.
- ≥ 5 problèmes médicaux: sevrage sévère Alcool X 2
- Si ataxie chronique: D.T. x 11
- Si polyneuropathie: D.T. x 4.5
- Problème médical aigu: risque sevrage sévère
  Alcool X 5.

Adapté de Rouillard, Tremblay, Boivin, 1999

57

Indications d'hospitalisation

- Comorbidité psychiatrique qui empêche l'efficacité des traitements externes ou nécessitant un niveau de soins hospitaliers
- Consommation ou autres comportements constituant un danger sérieux immédiat pour soi ou autrui
- Patients n'ayant pas répondu à des traitements intensifs et dont la toxico est une menace à court terme pour leur santé physique ou mentale.

Adapté de Rouillard, Tremblay, Boivin, 1999

58

Comorbidité psychiatrique

1. Condition psychiatrique actuelle:
   - Peur - anxiété - agitation
   - Hallucinations - confusion/délire
   - Auto-mutilation - autre_____

2. Histoire psychiatrique
   - hospitalisation (> 24 hres)
   - dernière fois + diagnostic

3. Suivi psychiatrique actuel + médication

Adapté de Rouillard, Tremblay, Boivin, 1999

59

Proportion des personnes qui ont présenté un problème de consommation au cours de leur vie selon les différents troubles mentaux

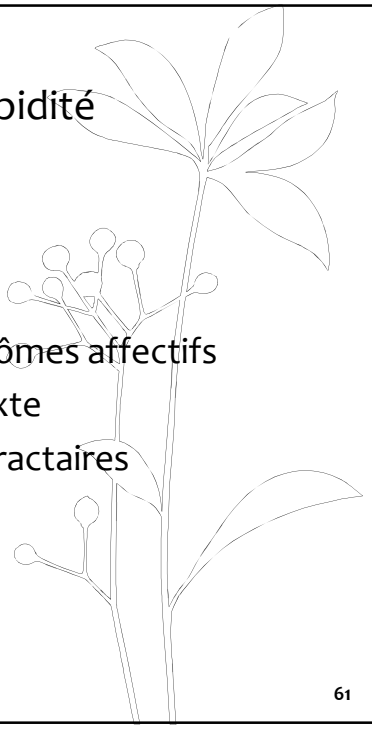
Troubles anxieux (*Trouble panique)*	23,7 % 35,8 %
Troubles de l'humeur *Trouble bipolaire type 1*	32 % 60,7 %
Schizophrénie	47 %
Trouble de personnalité limite	46 %
Trouble de personnalité anti-sociale	83,6 %
Tous les troubles mentaux confondus	28,9 %

Regier et al. 1990, Stone, 1990

60

Conséquences de la comorbidité

- Évolution plus sévère :
  - Plus d'hospitalisation
  - Début précoce des symptômes affectifs
  - Manie dysphorique ou mixte
  - Épisodes prolongés et réfractaires



61

Niveau de soins
American Society of Addiction Medicine – ASAM (1996)

- **Type I :** avec symptômes légers et nécessite peu ou pas de soutien et d'accompagnement sur une base externe
- **Type 2 :** avec symptômes légers à modérés et nécessite un encadrement intensif en externe
- **Type 3 :** avec symptômes modérés à sévères et nécessite un encadrement en milieu résidentiel mais sans hospitalisation
- **Type 4 :** avec symptômes sévères ou complications médicales ou psychiatriques et nécessite une hospitalisation

62

Contre-indications au sevrage en externe

Sevrage antérieur sévère (stades II, III ou IV)

✸

Maladie pouvant être déstabilisée par le sevrage
(angine instable, diabète déséquilibré, etc.)

✸

Maladie psychiatrique grave et non contrôlée
(dépression majeure, psychose, etc.)

✸

Dans ces cas, une hospitalisation s'impose pour un sevrage sécuritaire

✸

63

Aide à la décision de référer en CH pour le sevrage

Critères majeurs:

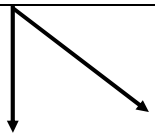
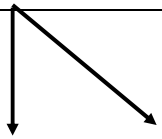
- Consommation quotidienne et élevée d'un psychotrope (surtout dépresseurs)

  avec

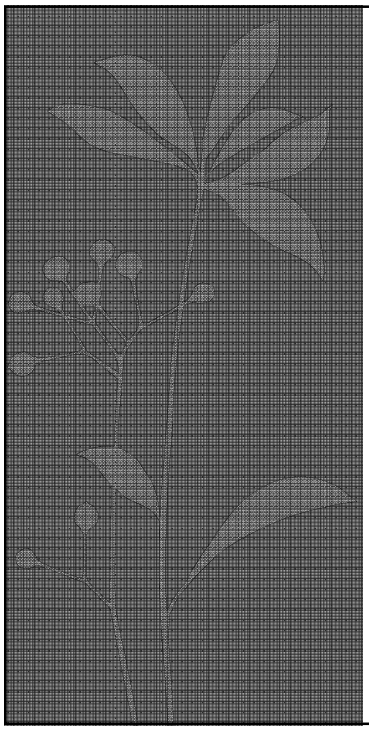
- Tableau intoxication aiguë sévère
- Antécédents de complications majeures de sevrage (convulsions, delirium)
- Détérioration physique (malnutrition, déshydratation, infection, etc.
- Condition médicale pouvant se détériorer, rendant le traitement externe trop à risque (diabète, épilepsie, HTA, trauma crânien, etc.
- Situation de crise avec comportements constituant un danger sérieux pour soi ou pour les autres (risque suicidaire élevé).

64

Trajectoire de sevrage selon le niveau de gravité du sevrage

Usager Type I Et Type II	Usager Type III	Usager Type IV
		
Milieu naturel + Support médical occasionnel	**Milieu protégé Non-hospitalier Avec support médical**	**CH** **• Intoxication sévère** **• *sevrage à risque** **• *dangerosité envers lui-même ou autrui**

65

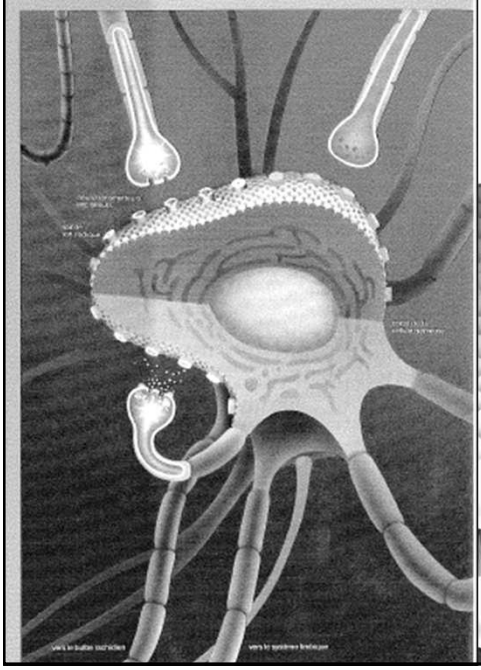


Dépresseurs du SNC

- **Alcool**
- **Benzodiazépines**
- **Barbituriques**
- **Opiacés**

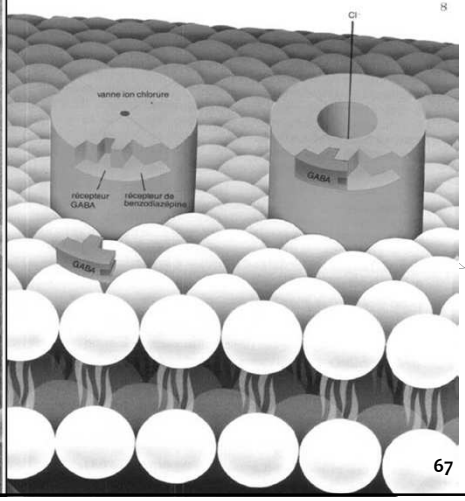
66

Le *Locus coeruleus*, entrepôt de 50 à 70% de la réserve de norépinéphrine du cerveau.

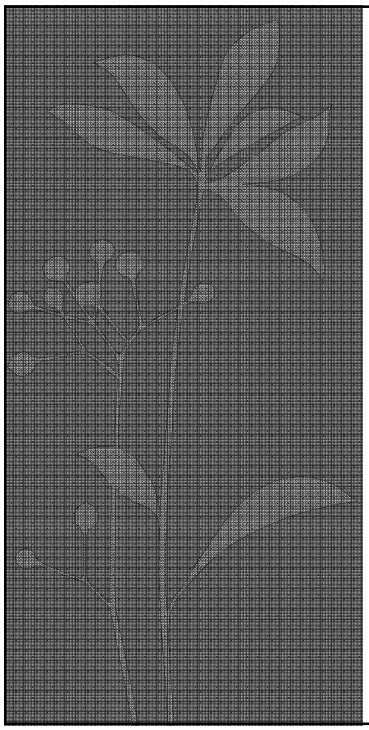


Contrôle de l'anxiété par le neurotransmetteur inhibiteur GABA

Le GABA est le principal neurotransmetteur **inhibiteur** du cerveau. Son action est contrôlée par des récepteurs spécifiques sur des vannes ion chlorure dans la membrane post-synaptique. Lorsque GABA se lie à son récepteur, il provoque un changement de **conformation** dans la vanne protéinique, et la vanne ion chlorure s'ouvre. Les ions chlorure peuvent alors pénétrer dans le neurone du *Locus coeruleus*, hyperpolariser localement leurs membranes cellulaires, et réduire leur "excitabilité".



67



DÉPRESSEURS

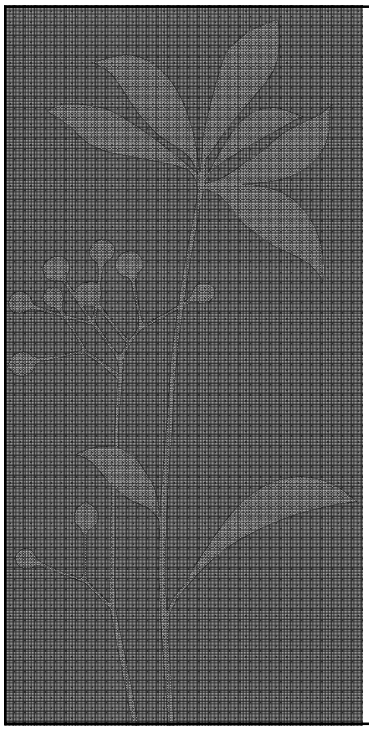
Alcool

68

Syndrome de sevrage à l'alcool

Apparition:	6 à 24 heures
Début phase aiguë:	24 à 48 heures (15% des cas)
D.T.:	72 heures
Durée:	+ ou – une semaine

69



Évaluation du risque

SEVRAGE ALCOOL

70

Évaluation risque de sevrage alcool

1. **Consommation significative.**
2. **Utilisation du CIWA-Ar (The Clinical Institute Withdrawal Assessment – Alcool revised (1994).**
3. **Interprétation du risque.**
4. **Prédicteurs de complications de sevrage à l'alcool.**
5. **Indicateurs hospitalisation.**

71

Évaluation risque de sevrage alcool

Consommation significative :

H > 9/jr

F > 6/jr

≥ 3 x semaine

≥ 1 mois

72

Unités standards de consommation d'alcool

Fort (40%)	Bière (5%)	Vin (12%)
43 ml (≅ 1½ on.) = 1 cons. 375 ml (≅ 13 on.) = 9 cons. 750 ml (≅ 26 on.) = 18 cons. 1.14 l (≅ 40 on.) = 27 cons.	1 petite (341 ml) = 1 cons. 1 grosse (625 ml) = 2 cons. 1 king can (750 ml) = 2 cons. 1 boss (950 ml) = 3 cons. 1 max bull (1.18 l) = 3.5 cons. 1 pichet = 4 à 6 cons.	1 coupe (5 oz/142 ml) = 1 cons. ½ litre – 3.5 cons. Bout. (750 ml) = 5 cons. Bout. (1 l) = 7 cons.
60 ml Listerine = 1 cons 30 ml Aqua Velva = 1 cons		Vin fortifié (20%) 1 petite coupe (85 ml) = 1 cons

1 cons. = 17 ml ou 13,6 g d'alcool pur. Par exemple, une bière de 341 ml à 5% contient 17 ml d'alcool pur (i.e. 341 ml x .05

Source : NID_ÉP (questionnaire), Rouillard, Tremblay, Boivin (1998) p.4

73

Sevrage alcoolique et delirium tremens
ÉCHELLE CIWA-AR

Date: |___|___|___| Heure: _____h____min

j m a

Température: |___| . |__|° C

Fréquence cardiaque (sur 1 min.): _____

Pression artérielle: _____/___

Adaptation Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec

74

Sevrage alcoolique et delirium tremens
ÉCHELLE CIWA-AR

Nausées et vomissement: demandez:

"Avez-vous mal au cœur ou des nausées? Avez-vous vomi?"
Observez:

0 Pas de nausée ni vomissement
1 Nausées légères sans vomissement
2
3
4 Nausées intermittentes avec haut-le-cœur
5
6
7 Nausées constantes, haut-le-cœur fréquents et vomissements

75

Sevrage alcoolique et delirium tremens
ÉCHELLE CIWA-AR

Tremblements: bras étendus, doigts écartés: Observez:

0 Pas de tremblement
2 non visibles, mais peuvent être perçus/sentis du bout des doigts
3
4 Modérés, le patient ayant les bras tendus
5
6
7 Sévères, sans les bras tendus.

76

Sevrage alcoolique et delirium tremens
ÉCHELLE CIWA-AR

Sueurs paroxystiques: Observez:

0 Pas de sueur visible
1 Sueurs à peine perceptibles, paumes moites
2
3
4 Front perlé de sueurs
5
6
7 Trempé de sueurs

77

Sevrage alcoolique et delirium tremens
ÉCHELLE CIWA-AR

Céphalées, tête lourde: Demandez:

"Avez-vous des sensations étranges à la tête? Avez-vous l'impression d'avoir la tête dans un étau ou que votre tête va éclater? Avez-vous l'impression d'avoir une bande autour de la tête? Ne pas évaluer les étourdissements ni les sensations de tête légère. Évaluez plutôt la sévérité des autres symptômes: Observez:

0 Absentes
1 Très légères
2 Légères
3 Modérées
4 Modérément sévères
5 Sévères
6 Très sévères
7 Extrêmement sévères

78

Sevrage alcoolique et delirium tremens
ÉCHELLE CIWA-AR

Anxiété: Demandez: *"Vous sentez-vous nerveux?"*, Observez:

1 Calme, détendu
2 Légèrement anxieux
3
4 Modérément anxieux ou sur ses gardes
5
6
7 Équivalence d'attaque, de panique, type de délire sévère ou réaction schizophrénique aiguë

79

Sevrage alcoolique et delirium tremens
ÉCHELLE CIWA-AR

Agitation: Observez:

1 Activité normale
2 Activité normale légèrement accrue
3
4 Modérément nerveux et agité: ne tient pas en place, impatient
5
6
7 Marche de long en large pendant l'interview, ou s'agite violemment

80

Sevrage alcoolique et delirium tremens
ÉCHELLE CIWA-AR

Orientation et obnubilation: Demandez:

"Quel jour sommes-nous? Quelle est la date? Où êtes-vous? Qui suis-je? Observez:

0 Orienté(e) et peut additionner en séries de nombres
1 Ne peut additionner une séries de nombres ou n'a aucune notion de la date
2 Erreur de date de moins de 2 jours
3 Erreur de date de plus de 2 jours
4 Désorienté(e) dans l'espace et/ou par rapport aux personnes

81

Sevrage alcoolique et delirium tremens
ÉCHELLE CIWA-AR

Troubles tactiles: Demandez: "Avez-vous des démangeaisons, des sensations de fourmillement, de chaleur, d'engourdissement ou avez-vous l'impression qu'il y a des insectes qui courent sur votre peau?"

Observez:

0 Aucun
1 Très peu de démangeaisons, de fourmillements, de sensations de chaleur ou d'engourdissement.
2 Peu de démangeaisons, de fourmillements, de sensations de chaleur ou d'engourdissement modérées.
3 Démangeaisons, fourmillements, sensations de chaleur ou d'engourdissement modérées.
4 Hallucinations modérément sévères
5. Hallucinations sévères
6 Hallucinations extrêmement sévères
7. Hallucinations continues

82

Sevrage alcoolique et delirium tremens
ÉCHELLE CIWA-AR

Troubles auditifs: Demandez:

"Êtes-vous sensible aux sons qui vous entourent? Sont-ils stridents? Vous font-ils peur? Entendez-vous un son qui vous agace, vous irrite? Avez-vous l'impression de percevoir (ou entendre) des sons et des bruits qui n'existent pas?" Observez:

0 Absents
1 Très peu stridents ou effrayants
3 Modérément strident ou effrayants.
4 Hallucinations modérément sévères
5 Hallucinations sévères
6 Hallucinations extrêmement sévères
7 Hallucinations continues.

83

Sevrage alcoolique et delirium tremens
ÉCHELLE CIWA-AR

Troubles visuels: Demandez:

"La lumière vous paraît-elle trop vive? Sa couleur est-elle différente? Vous fait-elle mal aux yeux? Est-ce que vous voyez quelque chose qui vous perturbe? Qui vous dérange? Avez-vous l'impression de voir des choses qui n'existent pas réellement autour de vous?" Observez:

0 Absents
1 Très peu sensible
2 Peu sensible
3 Modérément sensible
4 Hallucinations modérément sévères
5 Hallucinations sévères
6 Hallucinations extrêmement sévères
7 Hallucinations continues.

Score CIWA-AR: Total _____

Score maximal possible: 67

Tiré de La revue du praticien, no 16, 15 octobre 1993.

84

Échelle CIWA-AR
Interprétation

Score de 0 à 9:

- Sevrage minimal très léger, ne nécessitant pas de traitements médicamenteux ni même des soins médicaux;
- Environ 7% des patients ayant un tel score auront des complications s'ils ne sont pas traités;
- Il faut être prudent, surtout si le patient a des antécédents de convulsions ou delirium de sevrage;
- L'utilisation de certains médicaments (e.g., bêtabloquants) peuvent diminuer le pointage du CIWA-AR, sans réduire les risques de convulsions ou de delirium
- Un trouble anxieux généralisé peut augmenter le score du CIWA-AR de 5 points environ (Johnston et al., 1991)

85

Échelle CIWA-AR
Interprétation

Score de 10 à 19:

- Sevrage modéré;
- Le patient aurait avantage à obtenir des soins médicaux et une évaluation clinique permettant de déterminer la médication appropriée
- Le score plus grand que 15 multiplie par 4 le risque de sevrage sévère
- Plus le score est élevé, plus le risque est grand

86

Échelle CIWA-AR
Interprétation

Score de 20 à 24:

- sevrage modéré/sévère;

Score de 25 et plus:

- sevrage sévère avec possibilité d'apparition imminente de delirium tremens.

87

Évaluation
Risque de sevrage à l'alcool

Au cours des 14 derniers jours Consommation lors d'un jour type		CIWA-Ar Indice de sevrage	Intensité du sevrage
Forte et régulière	20 cons. ou plus par jour au moins 4 jours sur 7		→ Sevrage sévère
Modérée Et régulière	S'il y a de 8 à 19 cons. par jour, au moins 4 jours sur 7 → Administrez CIWA-Ar Score CIWA-Ar |__|__| *Se rappeler qu'un délai de 36 heures d'abstinence est nécessaire avant d'être certain qu'il n'y aura pas de sevrage sévère.*	CIWA-Ar ≥ 20	→ Sevrage sévère
		10 ? CIWA-Ar < 20 Sevrage modéré	→ CIWA-Ar après 1 h |__|__| CIWA-Ar après 2 h |__|__| *Observer la croissance ou la décroissance de l'intensité des symptômes de sevrage.*
		CIWA-Ar < 10 et abstinence de 36 hres	→ Sevrage modéré ou en phase décroissante. Les risques sont généralement passés.
Faible	7 cons. ou moins par jour		→ Sevrage léger

88

Prédicteurs de complication du sevrage d'alcool
Prise récente de plus de 24 consom. Certains jours (Shaw & al. 1998)
Histoire antérieure de convulsions de sevrage ou de delirium tremens (Shaw & al. 1998)
Concentration élevée d'alcool dans le sans sans signe d'intoxication (grande tolérance)
Signes de sevrage même avec un haut taux d'alcool dans le sang
Usage concomitant de sédatifs hypnotiques
Problèmes médicaux coexistants
Histoire de plus de 4 traitements antérieurs pour sevrages (Shaw & al. 1998)
Âge plus grand que 65 ans
Retard dans le début du traitement avec des benzodiazépines
CIWA-AR ≥ 20
Introduction récente (<2sem.) d'un antidépresseur tricyclique

Source: Rouillard, Tremblay, Boivin (1999). Manuel d'utilisation du NID-EM.

Sevrage d'alcool
Indications pour un traitement en externe

- Moins de 12 consommations par jour. Pas d'histoire de convulsions ou de sevrage sévère.
- Pas d'histoire de complications psychiatriques sévères.
- Pas de dépendances aux sédatifs ou aux opiacés.

Source : Manuel d'utilisation du NID_EM, Rouillard, Tremblay, Boivin (1999) p. 19

Sevrage d'alcool (suite)
Indications pour un traitement en externe

- Histoire de sevrages réussis en externe.
- Bonne motivation.
- Bonne condition médicale.
- Bon support, transport disponible.

Source : Manuel d'utilisation du NID_EM, Rouillard, Tremblay, Boivin (1999) p. 19

Alcool- désintoxication

Sevrage aigu	
But	Prévenir les symptômes sévères Prévenir les complications: convulsions, hallucinations, delirium tremens, mort
Outils	La classe pharmacologique de choix est celle des benzodiazépines, les plus utilisés sont: chlordiazépoxide (Librium) – diazépam (Valium) – lorazépam (Ativan). On peut aussi travailler avec le phénobarbital. Cette efficacité provient du fait qu'il existe une tolérance croisée entre l'alcool et ces médicaments, ces 2 groupes agissant via le système gaba-ergique
Importance du traitement	Éviter la tolérance inverser ou « Kindling effect » : phénomène amenant chez les individus ayant tendance à faire des sevrages aigus répétés sans traitement, une augmentation des convulsions et des crises de paniques lors des sevrages ultérieurs.

92

Adapté de: Le Clinicien (1992), vol 7 no 6., Pharmacothérapie et toxicomanie., J.P. Chiasson, md., ASAM

Médication lors du sevrage aigu ALCOOL

Lorazépam (Ativan)

- Indication
  - >65 ans, atteinte hépatique, atteinte respiratoire
  - Pas de métabolite hépatique
- Dosage
  - 2mg, ½ à 1 co, 4 fois/jour, X5 à 7 jours, puis ↓ progressivement sur 7 jours
  - Si histoire de convulsion : 8mg/jour

Chlordiazépoxyde (Librium)

- Indication
  - >65 ans, sans atteinte hépatique et/ou respiratoire
  - Métabolite hépatique → sédation
- Dosage
  - 25 mg/co, 1 à 2 col QID X 5 à 7 jours puis ↓ progressivement sur 7 jours

93

Médication lors du sevrage aigu ALCOOL

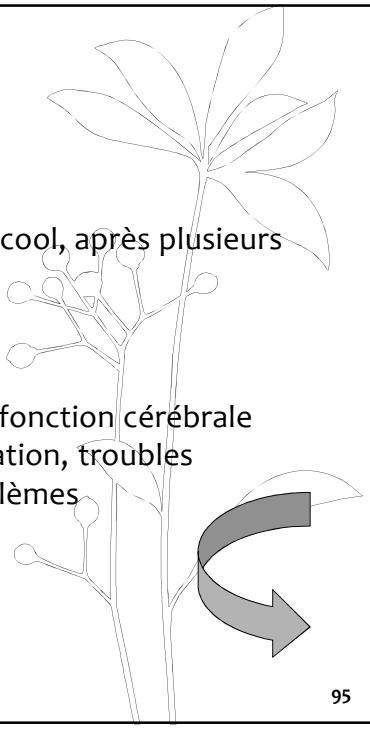
Traitement médical en externe que si :

- Personne en sevrage identifiable léger à modéré.
- Médication sera distribuée par une autre personne fiable.
- Prescription quotidienne X 5 jours.

94

Alcool- désintoxication

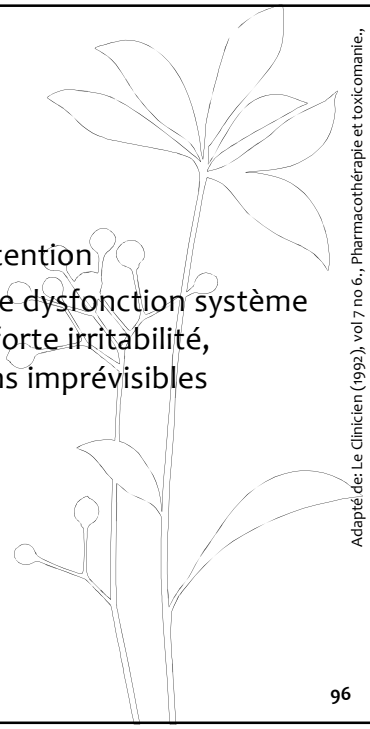
- **Sevrage subaigu:**
- ***Survient lors arrêt consommation alcool, après plusieurs années d'alcoolisation
- ***Peut durer 3 mois à 2 ans
- ***Cliniquement on observera:
- -troubles de la pensée liés à une dysfonction cérébrale organique ou difficultés de concentration, troubles d'abstraction, difficulté à régler problèmes



95

Alcool- désintoxication

- **Sevrage subaigu: (SUITE)**
- troubles de mémoire, surtout de rétention
- troubles émotionnels causés par une dysfonction système gaba-ergique, se manifestant par: 1 forte irritabilité, incapacité gérer émotions – réactions imprévisibles
- problèmes coordination physique
- hypersensibilité au stress
- troubles sommeil



Adapté de: Le Clinicien (1992), vol 7 no 6., Pharmacothérapie et toxicomanie., J.P. Chiasson, md., ASAM

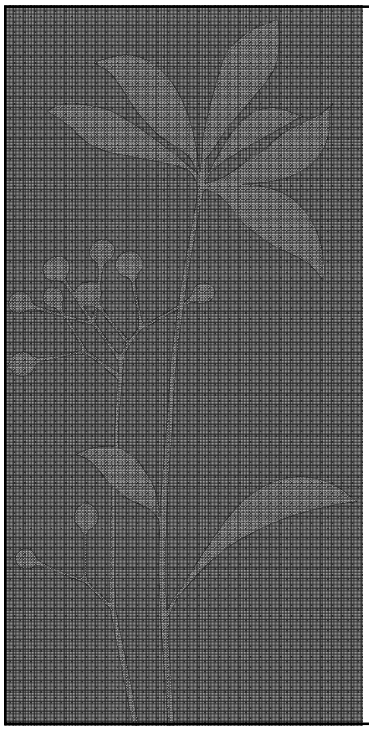
96

Alcool-désintoxication subaiguë

- Thérapie:
  - Pas de thérapie spécifique
  - Nutrition adéquate
  - Groupe de soutien
  - Abstinence totale
  - Durant cette période, éviter d'utiliser sédatifs dû au risque accru dépendance croisée, qui favoriserait retour à consommation d'alcool

Adapté de: Le Clinicien (1992), vol 7 no 6., Pharmacothérapie et toxicomanie., J.P. Chiasson, md., ASAM

97



Traitement du sevrage

ERREURS

98

1 - Traitement à domicile

- Dosage inadéquat
- Risques d'abus du Rx
- ↑ sédation
- Risques seconde dépendance

99

2 – Traitement du sevrage sans plan de traitement de la dépendance

- Risque de rechute
- ↑ de la dépendance

100

3 – Mauvaise évaluation du niveau de sevrage

- Risque d'aggravation du sevrage

101

4 – Donner benzodiazépines pour insomnie et anxiété

- Benzodiazépines ↑ addiction
- Seconde dépendance

102

5 – Pas de suivi du sevrage

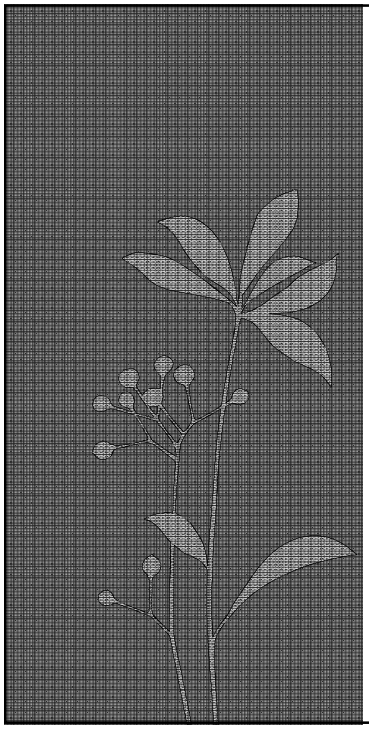
- Réévaluer sevrage aux 2 jours afin d'ajuster le Rx

103

6 – Ne pas évaluer la comorbidité

- ↑ Rechute

104



ALCOOL

Traitement de soutien

105

Traitement de soutien /alcool

NALTREXONE (Revia)

- Antagoniste récepteurs mu des opiacé et de beta-endorphine
- ↓ euphorie de l'alcool : bloquent la libération d'opiacés endogène + DA

EFFICACITÉ
- Modéré (50% patients)
- ↓ Consommation alcool
- ↓ Craving
- Abstinence faible

Thérapie cognitive comportementale
- ↑ Efficacité

- Détresse importante
- Craving élevé
- Histoire familiale

MEILLEURE RÉPONSE

Rouillard, P. – La psychiatrie, FMOQ 2006

106

NALTREXONE

Traitement de soutien /alcool

- Meta-analyse (3205 patients dépendants)
- ↓ rechute 38%
- ↓ QT/ jour (5 consommations)
- ↓ GGT et AST

NALTREXONE **Indications**

- Dépendance alcool
- Absence atteinte hépatique
- Sans opiacés depuis > 7 jours
- Soutien social

Rouillard, P. – La psychiatrie, FMOQ 2006

107

Traitement de soutien /alcool

NALTREXONE **Rx**

- 50 mg/ co _____ 1co/ jour X 3 mois
- 100 mg/ jour _____ si obsession domine
- Au besoin _____ après 3 mois
- Labo _____ AST-ALT début ch mois
- Effets sec. (15%) : _____ dysphorie, sédation, nausées, insomnie

108

Traitement de soutien /alcool

TOPIRAMATE (Topamax)

- Modulateur canal ionique sensible au sodium
- ↑ effet inhibiteur GABA- ∝
- ↓ effet excitant glutamate

Étude sur 12 semaines 25-300 mg/jr
- ↓ craving
- ↓ QT/ jr de 3 consommations
- ↓ Jr/ abus de 28%
- ↓ GGT

Dosage
- 25/50 mg/jr : ↑ 7jrs : 100-300 mg/jr

Rouillard, P. – La psychiatrie, FMOQ 2006

109

Traitement de soutien /alcool

TOPIRAMATE (Topamax)

- Ajout aux stabilisateur de l'humeur ou ASG

Indication
- ↑ Pds, boulimie
- Migraine
- MAB cycles rapides
- Abus/dépendance alcool
- TOC résistant ISRS

Effets secondaires
- Sédation
- N/V
- Glaucome aiguë
- Acidose
- Calcul rein
- ↓ contraceptif oraux (P-450)

110

ACAMPROSATE

Gaba synthétique ► effet agoniste
Bloque NMDA
Bloque canaux CA^{++} dépendant

Restabilise le neurone

Inhibition ← → Excitabilité
(GABA) (GLU)

111

ACAMPROSATE

Comprimé	333 mg 2co TID 3 à 6 mois
Début	Chez l'alcoolique désintoxiqué et/ou abstinent
Effets secondaires	Diarrhée 10% Céphalée 20%

112

% abstinence totale

Rx		Placebo
18 à 61%	Appui psychosocial	4 à 45%
-	Sans appui	-

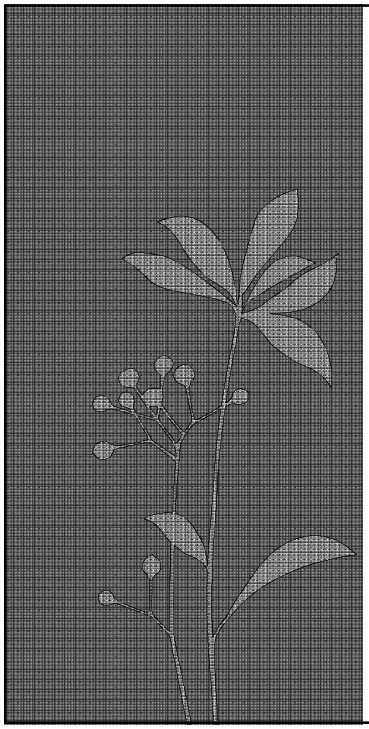
Acamprosat = Naltrexone < les 2 ensemble

113

Traitement du sevrage

Curatif	Benzodiazépines 5 à 10 jrs
Soutien	Naltrexone et acamprosate
Comorbidité santé mentale	Antidépresseurs

114



DÉPRESSEURS

Sédatifs hypnotiques

115

115

Syndrome de sevrage aux sédatifs hypnotiques

	Apparition	Début phase aiguë	Durée
Demi-vie courte	3 à 6 heures	24 à 72 heures	3 à 5 jours
Demi-vie longue	4 jours	5 à 8 jours	2 à 3 semaines

116

Sevrage de BZD

Particularités:

- Risque de sevrage: 15% < 8 mois
- Dose thérapeutique: 43% > 8 mois

Temps d'utilisation

**Dose thérapeutique équivalente à 40mg Diazépam/jour. Sevrage probable si 5 X dose thérapeutique > 1 mois*

117

Symptômes de sevrage aux benzodiazépines

Tableau 1

- Perte d'appétit
- Nausées
- Vomissements
- Sentiment d'irréalité
- Sentiment de dépersonnalisation
- Hallucinations
- Illusions
- Hypersensibilité aux bruits
- Hypersensibilité à la lumière
- Crises convulsives

Dr Christian Bryois, médecin – DURA.

118

BZD : Probabilité d'anxiété rebond

Puissance moyenne Et longue demi-vie (diazépam, clorazépate, flurazépam)	20-25%
Puissance élevée et Demi-vie intermédiaire selon la Biotransformation conjugaison (lorazépam – ativan) Oxidation (Xanax) (alprazolam et bromazépam)	70-75% 50%
Puissance élevée et Longue demi-vie (clonazépam – Rivotril)	35%

119

Symptômes de sevrage aux benzodiazépines

Tableau 2

(Effet rebond ou réapparition de la pathologie sous jacente)

- **Anxiété**
- **Irritabilité**
- **Troubles du sommeil**
- **Asthénie**
- **Céphalées**
- **Troubles de la concentration**
- **Crampes**
- **Douleurs musculaires**
- **Tremblements**

Dr Christian Bryois, médecin – DURA.

120

Profil du consommateur

Au cours des 30 derniers jours de consommation		Intensité du sevrage
Forte et régulière	Quantité journalière > 80mg (oral)	→ Sevrage sévère
Modérée et régulière	40mg? Quantité journalière? 80mg par jour, 4 jours sur 7	→ Sevrage modéré
Faible	Quantité journalière < 40mg	

Source : NID-ÉD (questionnaire) Rouillard, Tremblay, Boivin (1998) p.8

121

46654

BENZODIAZÉPINES CONSOMMÉES - 14 & 30 Derniers Jours

dossier

○ **Abstinent depuis + de 14 jours et aucun symptôme apparent de sevrage (passez au psychotrope suivant)**

Au cours des 14 derniers jours:

Date & heure - dernière consommation ☐☐ / ☐☐ / ☐☐ (mois / jour / heure)

○ Sans prescription
○ Ne respecte pas la posologie
○ Prescription de benzo. par plus d'un médecin
○ Consommation régulière au cours des 3 derniers mois

Benzodiazépines	30 derniers jours						Équivalent mg valium par jour	
	Nombre jours cons.	Date dernière consommation Mois	jour	Dose (mg)	Fréq. par jour	Cons. Total par jour	Rapport	Total
EXEMPLE								
Xanax (alprazolam)	*10*	*7*	*20*	*5 x*	*4*	*= 20*	*x 5 =*	*100 mg*
Ativan (lorazépam)				x		=	x 5 =	
Frisium (clobazam) anti-épileptique				x		=	=	
Dalmane (flurazépam)				x		=	/ 3 =	
Doral (quazépam)				x		=	/ 3 =	
Halcion (triazolam)				x		=	x 20 =	
Lectopam (bromazépam)				x		=	x 1 =	
Librium (chlordiazépoxide)				x		=	/ 5 =	
Mogadon (nitrazépam)				x		=	x 1 =	
ProSom (estazolam)				x		=	x 1 =	
Restoril (témazépam)				x		=	/ 3 =	
Rivotril (clonazépam)				x		=	x 10 =	
Serax (oxazépam)				x		=	/ 3 =	
Tranxene (clorazépate)				x		=	/ 3 =	
Versed (midazolam) iv anesthésique				x		=	=	
Xanax (alprazolam)				x		=	x 5 =	
Autres:				x		=	=	
Autres:				x		=	=	

TOTAL= ☐☐☐

Source : NID-ÉP (questionnaire), Rouillard, Tremblay, Boivin (1998)

4/7

122

Prédicteur de sévérité de sevrage

½ vie	courte
Dose quotidienne	forte > 40 mg diazépam
Duré utilisation	1 mois (si doses fortes 8 mois (si doses faibles)
Sexe	féminin +
Éducation	faible ++
Insomnie	Élevée ++++
Somatisation	Élevée +++
Psychopathologie	Élevée ++++
Traits névrotiques	Élevés +++
Traits dépendance	Élevés +++
Consommation Alcool ou autres drogues	Élevée ++

Rouillard, P. (1999) P. 15

123

Traitement du sevrage de sédatifs-hypnotiques

1. Remplacer par un médicament à longue action, comme le diazépam ou clonazépam
2. Calculer la dose équivalente au médicament à courte durée d'action, selon le tableau d'équivalence
3. Diminuer la dose de 10% par jour en interne, et de 10% par semaine en externe
4. Le sevrage devient plus difficile lorsqu'on atteint 25% de la dose de départ.
5. Des antidépresseurs peuvent être ajoutés, surtout pour ceux qui ont des troubles anxieux préexistants
6. Un traitement cognitif-comportemental du trouble panique, adapté au sevrage, améliore le succès en externe.

124

Facteurs de réussite d'un sevrage des BZD

- Début au moment opportun
- Motivation et préparation de la personne
- Solution des problèmes en cours de sevrage
- Rythme de réduction approprié

125

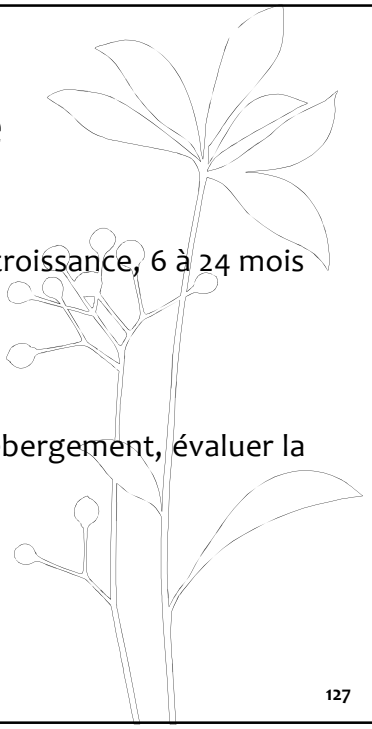
Sevrage subaigu ou prolongé

Anxiété	Persiste plusieurs mois après l'arrêt chez un sujet qui n'en était pas affecté auparavant
Dépression	Induite ou amplifiée par le sevrage
Symptômes moteurs	Tension musculaire Tremblements, fasciculations, spasmes nocturnes
Symptômes digestifs	Nausées, diarrhée, constipation, digestion lente, ballonnement
Fourmillement ou formication	Sensation d'eau qui coule ou d'insecte sous la peu
Paresthésie	Picotements, engourdissements des extrémités et du visage

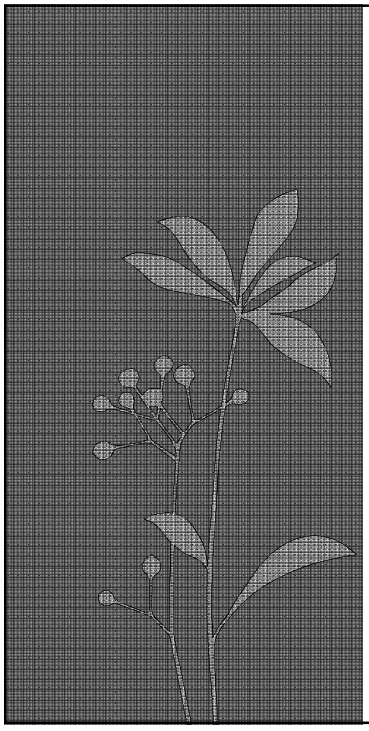
126

Benzodiazépines/sevrage

- Personne fiable : en externe, en décroissance, 6 à 24 mois
- Personne non fiable : débuter en hébergement, évaluer la motivation



127



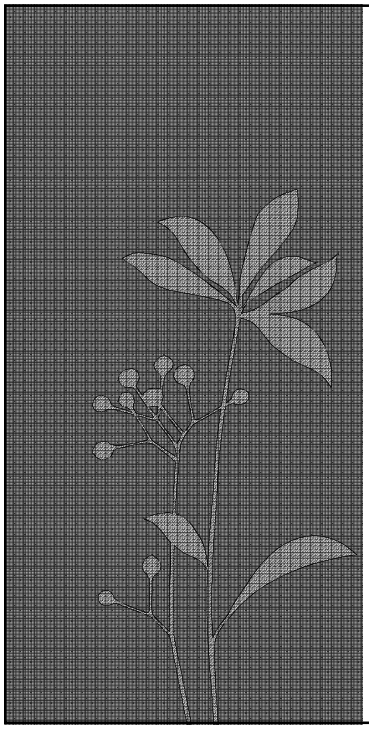
GHB

128

Sevrage GHB

- Anxiété
- Irritabilité
- Agitation
- Insomnie
- Tremblements légers
- ↑ tension artérielle
- ↑ pouls
- Convulsions et délirium possibles

129

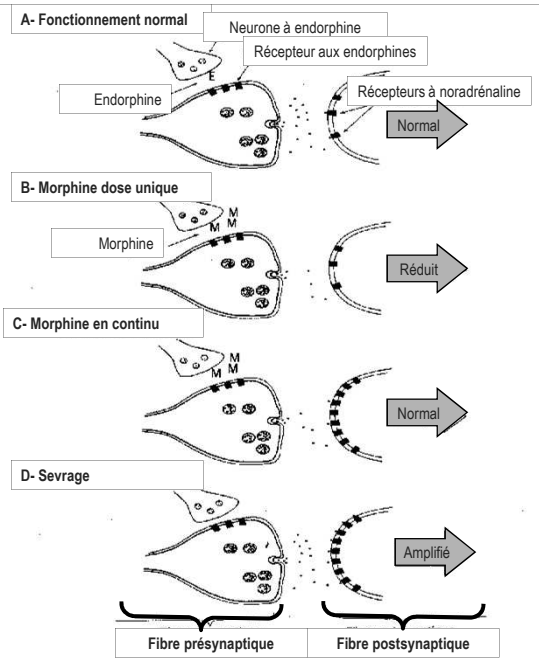


DÉPRESSEURS

Opiacés

130

Modèle d' activation noradrénergique excessive en situation de sevrage



Les psychotropes, Leonard, Ben Amar, PUM 2002

131

Sevrage :

>3 sem. d'utilisation > 1 sem. si dépendant

- maximum après: 48 – 72 hres
- Durée phase aiguë: 7 – 10 jrs Héroïne
  2 –3 semaines Méthadone
- Tolérance disparaît = danger surdose si rechute
- très redouté
- très souffrant
- pas de psychose
- pas de convulsion
- pas de delirium

Danger : - voie I.V.
- grossesse = < poids, sevrage

132

Signes et symptômes d'un sevrage d'opiacés

Symptômes (%)	Signes (%)
Crampes abdominales	Diarrhée (15 –23)
Anorexie (49)	T.A. élevée
Anxiété (41 – 47)	RC augmenté
Insomnie	Larmoiement (11 – 13)
Craving (23 – 26)	Fièvre légère
Fatigue	Spasmes musculaires
Céphalées	Chair de poule (20 – 30)
Sensation chaud/froid (34 – 35)	Rhinorrhée
Irritabilité	Vomissements (5)
Nausée (10 – 11)	Transpiration (9 – 18)
Agitation (57 –62)	Bâillements (13 – 20)
	Mydriase
N.B. Détresse très variable. Symptômes subjectifs dominent.	

133

ÉCHELLE DE SÉVÉRITÉ DU SEVRAGE DES OPIACÉS			
	0 POINT	1 POINT	2 POINTS
Bâillements	Absents	Présents	
Mydriase (< 8 mm)	Absente	Présente	
Agitation	Absente	Présente	Importante
Larmoiement	Absent	Présent	
Chair de poule	Absente	Présente	
Crampes musculaires	Absentes	Présentes	
Insomnie	Dort > 7h/24h	Dort 4 à 7h/24	Dort < 4h/24
↑ du péristaltisme	Présent lors des arrêts	Présent < 48h après arrêt	Présent > 48h après arrêt
Diarrhée	0 à 1 selle/24h	2 à 4 selles/24h	> 4 selles/24h
Fréquence cardiaque	< 72/minutes	72 à 100/minute	> 100/minute
Tension artérielle syst.	> 108mm Hg	110 à 140 mm Hg	> 140 mm Hg

134

134

Association canadienne pour la santé des adolescents, Chiasson, Girard, Vol 7, no 2, juin 1998

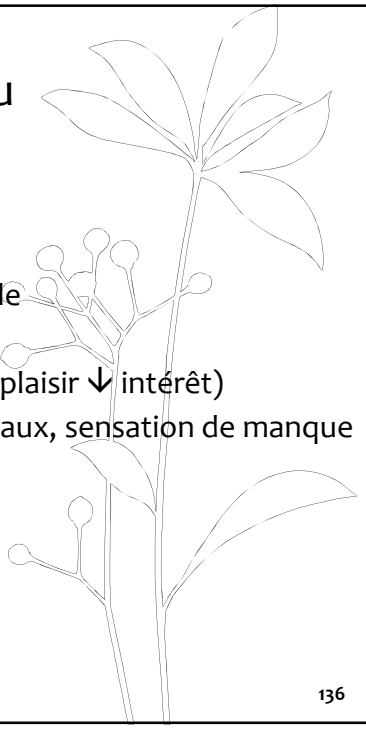
LE TRAITEMENT EST DÉTERMINÉ SELON LE SCORE DE SÉVÉRITÉ.	
0 à 5	Le syndrome de sevrage est léger; l'hospitalisation et le traitement ne sont pas nécessaires.
6 à 10	Le syndrome de sevrage est modéré et l'hospitalisation est parfois nécessaire.
11 à 15	Le syndrome de sevrage est important et une hospitalisation est nécessaire.

135

Opiacés – sevrage subaigu

Durée de 6 à 24 mois

- Anxiété
- Tr. Du sommeil
- Humeur instable
- Apathie
- Anhédonie (↓ plaisir ↓ intérêt)
- Malaises généraux, sensation de manque
- Fatigue
- Craving



136

Opiacés – Traitement du sevrage

- Symptomatique
- Substitution avec méthadone court terme
- Substitution long terme (maintien)
  - Méthadone
  - Buprénorphine
- Soutien post-sevrage de tout opiacé avec un antagoniste des opiacés (Naltroxone)

137

Protocoles pharmacologiques

Traitement symptomatique : à commencer lorsque signes observables

- **Clonidine :** agoniste alpha-adrénergique
  dosage .05mg à 0.2mg 4 fois/jour - omettre doses si TA < 90/50
  demande surveillance étroite avec prise fréquente de TA : durée 5-7 jrs

- **Anxiolytique** pour anxiété et insomnie : durée 5-10 jours

- **Insomnie** étant souvent rebelle aux anxiolytiques les premiers jours, du nozinan 10-20 mg peut être prescrit au coucher : durée 5-10 jours

- **Analgésiques** mineurs pour myalgies, ex. ibuprophène, acétaminophène : durée 5-7 jours

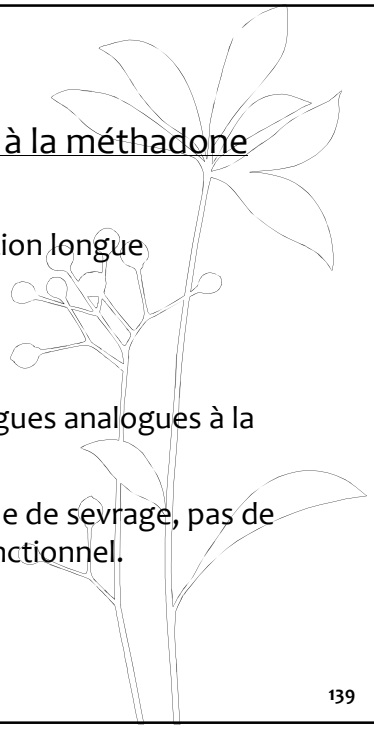
- **Antispasmodiques** pour crampes abdominales et diarrhée, ex. bentylol : durée 1-5 jours

- **Antinauséeux** : durée 1-5 jours

138

Opiacés

Traitement de substitution à la méthadone



- Agoniste des opiacés, synthétique, action longue
- Documentation scientifique > 35 ans.
- Voie orale – dose quotidienne.
- Substitut à l'héroïne ou à d'autres drogues analogues à la morphine pour leur traitement.
- 24 heures de confort, pas de symptôme de sevrage, pas de somnolence, pas d'obsession et être fonctionnel.

139

Opiacés

traitement de substitution à la méthadone

2 méthodes	
Court terme <6 mois	Long terme >6 mois
Vise l'abstinence	Vise réduction méfaits
Bonne motivation	Stabiliser état santé
Bon support social	Comportement à risque
Peu criminalisé	Criminalité
Plan de traitement souple	
Objectifs réalisables	

140

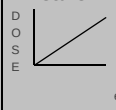
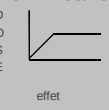
Méthadone		
Efficacité du programme	=	Durée
40 à 80 %	Selon	-Dose adéquate -Qualité service -Individualiser le service

141

Substitution - Buprénorphine

- Si stable sous méthadone
  - ✓méthadone < 30 mg
  - ✓Sevrage moins intense et court
  - ✓Risque surdose ↓

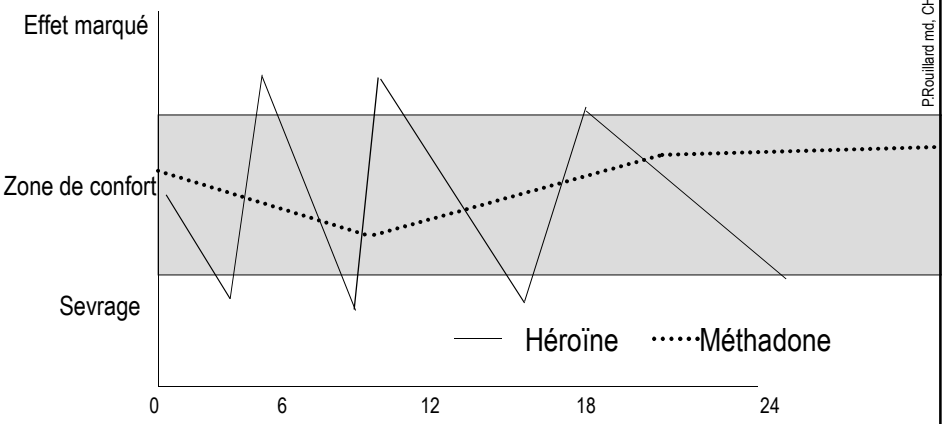
142

Traitement de substitution aux opiacés			
	Méthadone	**Héroïne**	**Buprénorphine**
Durée Action	24 hres	4-6 hres	6-72 hres
Début action	10 à 20 min I.V. 30 min. P.O.	0.1 min. I.V.	2 min. I.V. 15 min. S/L
Voie adminis.	P.O.	I.V.	S/L
Fréquence prises	1 X jr	4-6 X jr	1 X 3 jrs
Action	Agoniste pu mu Affinité ++ Linéaire 	++	Agoniste partiel Mu ++++ Non-linéaire 
Risque intoxication sévère	+++	++++	++
Sevrage	+++	++++	++

La buprénorphine, S. Demers, pharmacienne, Rencontre annuelle de formation du réseau de traitement de substitution, 2001

143

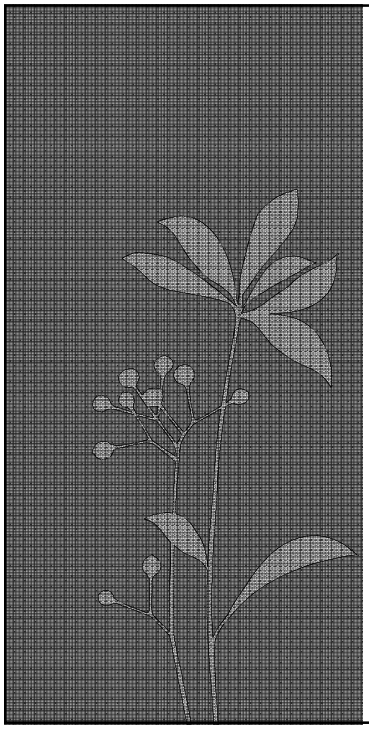
Le traitement à la méthadone



P.Rouillard md, CHRG 2005

La méthadone prévient les symptômes de sevrage et maintient le patient dans une zone confort. L'effet de la méthadone est remarquablement stable et permet de donner une seule dose par jour

144



STIMULANTS

Cocaïne

145

Sevrage

Cocaïne - effets		
N.A. **Noradrénergiques**	**D.A.** **Dopaminergiques**	**5HT** **Sérotoninergiques**
Vasodilation ↓ T.A. ↓ pouls Hypersomnie Dysphorie	Dysphorie Anhédonie ↓ libido « Craving »	Humeur dépressive due ↓ sérotonine **+** Mouvements stéréotypiques Insomnie Hyperphagie rebond

146

Sevrage commun des stimulants		
Dépression Épuisement Sommeil prolongé Faim	+	Besoin obsédant

147

COCAÏNE
Craving: Stimulus environnement ⟶ Stimulus limbique (↑ dopamine)
Nombreux ~~R~~ = Échecs
Vaccin: ⟶ ↑ AC ↓ Effet Anti-cocaïne ⟶ ↑ Dose ↑ Effet Cocaïne

148

Trouble psychotique induit par les amphétamines (King, 2005)

- Surtout des idées paranoïdes, avec des idées de référence
- Débute par une suspicion vague, exploratoire, plaisante, une surveillance intense des autres
- Puis le patient se sent observé, suivi
- Si la consommation continue, il peut trop réagir aux stimuli en vision périphérique et commencer à halluciner
- À la fin, il perd toute autocritique et développe un délire de persécution très bien structuré

2005 P. Rouillard, md, CHRG

149

Trouble psychotique induit par les amphétamines (King, 2005)

- Hypersexualité fréquente
- Symptômes positifs comme SCZ (avec plus d'hallucinations visuelles)
- Mais moins de symptômes négatifs (affect plat, anhédonie) et de désorganisation (troubles de la pensée)
- Stéréotypies complexes: ex. démonter/remonter une radio
- Possibilité de rechutes (flashback) de longue durée même si abstinent)

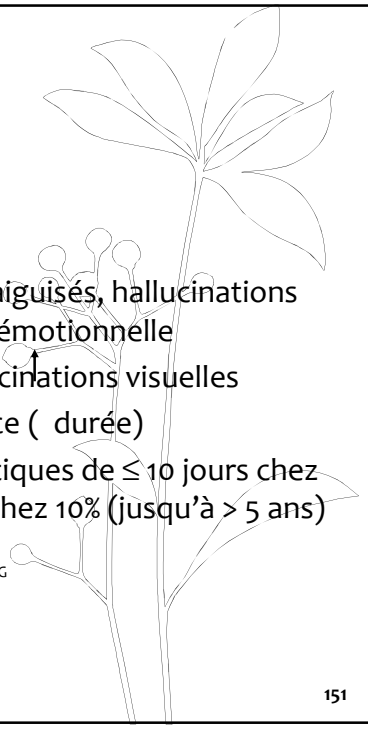
2005 P. Rouillard, md, CHRG

150

Trouble psychotique induit par les amphétamines

- Chez 246 cas hospitalisés
  - 50% avec délire de persécution, sens aiguisés, hallucinations auditives, excitation, anxiété, labilité émotionnelle
  - 25-49% avec délire de référence, hallucinations visuelles
  - <25% avec délire bizarre et incohérence (durée)
  - Durée avec abstinence et antipsychotiques de ≤ 10 jours chez 64%, > 1 mois chez 18% et et > 6 mois chez 10% (jusqu'à > 5 ans)

2005 P. Rouillard, md, CHRG



151

Psychostimulant - violence

- Hyperréactivité aux stimulus
- Perte autocritique
- État de panique
- Épuisement
- Délire de persécution

▼

confusion + dissociation + panique

▼

violence

P. Rouillard, md, CHRQ - 2005

152

Stimulants du SNC - traitement

- Tranquillité
- Sécurisé
- ↓ stimulations sensorielles →↑ impulsivité
- BZD
  - Hyperréactivité
  - ↓ Anxiété, panique
  - Calme → SNC, cardiovasculaire
  - Déshinibition → Attention
- Antipsychotiques atypiques
  - ↓ Anxiété et impulsivité
  - Facilité sommeil
- Penser dépendance aux dépresseurs

153

symptômes de sevrage absents ou légers	**Type I** Traitement externe ambulatoire
Condition ou complications médicales ou psychologiques inexistantes ou très stables	

154

CIWA-Ar < 10 (demeurer vigilent pour 36 hrs abstinence)	**Type II** Traitement externe intensif support et monitoring des signes et symptômes de sevrage
Symptômes de sevrage légers à modérés	
Besoin d'un support psycho-social en regard de son sevrage	
Peut présenter détresse psychologique - crise situationnelle...	

155

Rythme cardiaque <60 ou >120; très irrégulier	**Type III** Traitement interne non hospitalier & discussion avec le médecin peut être souhaitable
TA-Systolique < 100 homme < 90 femme	
TA-diastolique > 105	
Respiration RR <16 ou > 24, dyspnée légère	
T >38,5 buccal	
Échelle Glasgow < 12	
CIWA-Ar < 20 ou > 10	
Équivalent mg Valium > 40 mg, 4jrs/7, depuis 1 mois et +	
Équivalent mg morphine > 40mg, 4jrs/7, rechute >7jrs ou	
Échelle de sévérité du sevrage aux opiacés > 5	
Échecs antérieurs de sevrage en externe	
Grossesse > 12 semaines	
Manque de support en milieu naturel	
Tout Type II avec facteurs d'aggravation du risque associé au sevrage	

156

Rythme cardiaque <50 ou >130	**Type IV** Traitement interne en milieu hospitalier - orientation à l'urgence pour évaluation médicale
TA-Systolique < 90 homme < 80 femme	
TA-diastolique > 110	
Respiration RR >30, dyspnée sévère, Wheezing, Stridor	
T < 35 ou >39	
Autonomie de marche nulle malgré aide	
Échelle Glasgow < 10	
Pupilles non-réactives ou inégales	
CIWA-Ar >20	
Équivalent mg Valium > 80mg, 4jrs/7, depuis 1 mois et +	
Barbituriques > 500 mg/jr	
Équivalent mg morphine > 80mg, 4jrs/7, rechute >7jrs ou	
Sévérité de sevrage aux opiacés échelle Dr.Pépin > 15	
Condition médicale ou psychiatrique détériorée	
Imminence de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif	
Grossesse > 19 semaines	
Tout Type III avec facteurs d'aggravation du risque associé au sevrage	

157

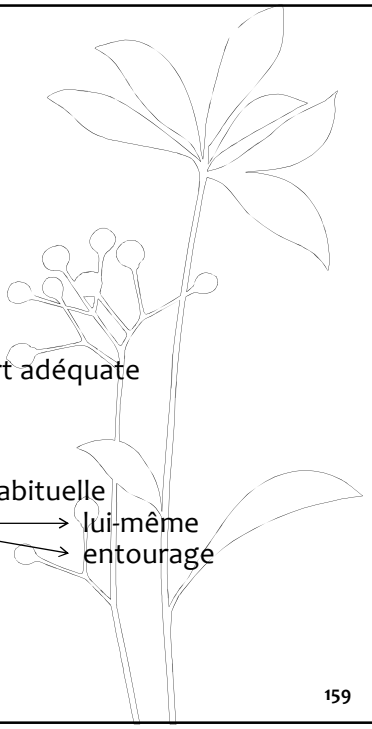
Mesures privilégiées

Sans assistance médicale (type I, parfois II et III)

- Intervention ressources près du milieu naturel (1er niveau)
- Milieu protégé (2e niveau) nécessaire parfois
- Désintoxication médicale non hospitalière
  - occasionnelle
  - support
  - favorise l'engagement → réadaptation

158

Mesures privilégiées



Avec assistance médicale:

- Hors du CH (type II et III)
  - bonne évaluation
  - identifier risque sevrage
  - introduire médication de support adéquate
- Désintoxication en CH (type IV)
  - complication de sevrage
  - intoxication sévère: ↑ tolérance habituelle
  - état de dangerosité envers → lui-même
    → entourage

159

Algorythme d'orientation des usagers selon les signes et symptômes d'intoxication et de sevrage

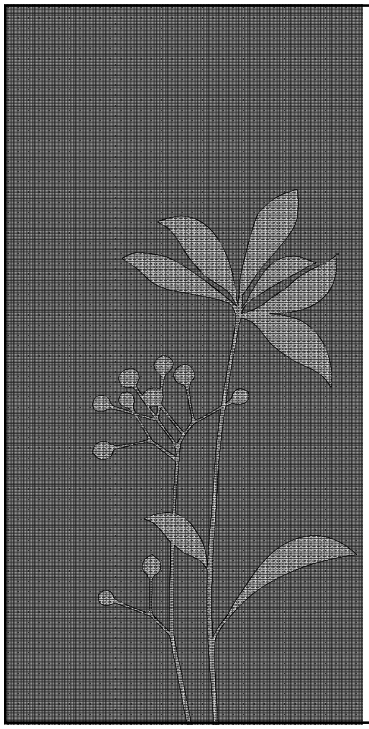
Source Rouillard P (1998) Critères d'admission et d'orientation pour les fins de désintoxication CHUQ, Service de toxicomanie

Signes & symptômes associés à une intoxication aigue ou un sevrage	ORIENTATION
Rythme cardiaque <50 ou >130 TA-Systolique < 90 homme < 80 femme TA-diastolique > 110 Respiration RR >30, dyspnée sévère, Wheezing, Stridor T < 35 ou >39 Autonomie de marche nulle malgré aide Échelle Glasgow < 10 Pupilles non-réactives ou inégales CIWA-Ar >20 Équivalent mg Valium > 80mg, 4jrs/7, depuis 1 mois et + Barbituriques > 500 mg/jr Équivalent mg morphine > 80mg, 4jrs/7, rechute >7jrs ou Sévérité de sevrage aux opiacés échelle > 10 Condition médicale ou psychiatrique détériorée Imminence de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif Grossesse > 19 semaines **Tout Type III avec facteurs d'aggravation du risque associé au sevrage**	**Type IV** Traitement interne en milieu hospitalier - orientation à l'urgence pour évaluation médicale
Rythme cardiaque <60 ou >120; très irrégulier TA-Systolique < 100 homme < 90 femme TA-diastolique > 105 Respiration RR <16 ou > 24, dyspnée légère T >38,5 buccal Échelle Glasgow < 12 CIWA-Ar < 20 ou > 10 Équivalent mg Valium > 40 mg, 4jrs/7, depuis 1 mois et + Équivalent mg morphine > 40mg, 4jrs/7, rechute >7jrs ou Échelle de sévérité du sevrage aux opiacés > 5 Échecs antérieurs de sevrage en externe Grossesse > 12 semaines Manque de support en milieu naturel **Tout Type II avec facteurs d'aggravation du risque associé au sevrage**	**Type III** Traitement interne non hospitalier & discussion avec le médecin peut être souhaitable
CIWA-Ar < 10 (demeurer vigilent pour 36 hrs abstinence) Symptômes de sevrage légers à modérés Besoin d'un support psycho-social en regard de son sevrage Peut présenter détresse psychologique - crise situationnelle…	**Type II** Traitement externe intensif support et monitoring des signes et symptômes de sevrage
symptômes de sevrage absents ou légers Condition ou complications médicales ou psychologiques inexistantes ou très stables	**Type I** Traitement externe ambulatoire

À TITRE INDICATIF: Si l'usager présente un ou plusieurs des indicateurs suivants:				
Comportements bizarres	Reçoit une médication pour ses problèmes psychologiques	Hospitalisation en psychiatrie avec diagnostic dans la dernière année	Plus de 3 hospitalisations à vie en psychiatrie	**Prioriser une orientation vers le psychologue de Domrémy MCQ lors de l'orientation en évaluation psychosociale**

97

160



MÉDICATION UTILISÉE EN TOXICOMANIE

161

Benzodiazépines

- Sevrage aigü alcool, BZD

162

Naltrexone
Acamprosate
Topiramate

- Sevrage sub-aigü alcool

163

Substitut nicotine
gomme, timbre, inhalateur
Bupropion
Varenicline

- Traitement dépendance à la nicotine

164

Méthadone
Buprénorphine

- Traitement dépendance aux opiacés

165

Antipsychotiques atypiques

Quétiapine (Seroquel)
Olanzapine (Zyprexa)

Tout sevrage avec

- Anxiété sévère
- Agitation
- Impulsivité
- Agressivité

166

Les antipsychotiques

SEROQUEL (Quetiapine)

- Prise BID
- Début 100 mg/jour
- Dose cible 450 mg/ ID
- Dose thérapeutique 300 –800 mg/ ID

AVANTAGES

- Hostilité/ agressivité
- Insomnie
- Peu effet secondaire (E.P) (anticholinergique)

DÉSAVANTAGES

- Sédatif
- Prise BID
- Facilement délogeable du récepteur D^2

167

Les antipsychotiques

ZYPREXA (Olanzapine)

- Prise 1 X par jour
- Dose base 5 mg
- Dose cible 10 mg
- Dose thérapeutique 2,5 – 30 mg/ jour

AVANTAGES

- Symptôme anxio/dépressif
- Bien toléré

DÉSAVANTAGES

- ↑ Pds
- Sédatif
- ↓ Dose si ↓ nicotine
- Anticholinergique

168

SPA – agitation et comportements agressifs

Rouillard, P. md, CHRG, 2005

- Alcool: Intoxication, sevrage
- PCP: Intoxication, sevrage
- Sédatifs: Intoxication, sevrage
- Stimulants: Intoxication, sevrage

169

Sevrage / Anxiété

Betabloquants

- Lipophiles (Propanolol)
- Indications :
  - Phobie sociale
  - Agressivité, impulsif
  - Violence
  - Hyperactivité SNA
  - Sevrages
- Effets secondaires :
  - ↓ TA : hypotension
  - ↓ Rythme cardiaque
- Dosage 40 mg/ 3 à 4 X jour
- ESPT : ↓ mémorisation de l'événement

170

CLONIDINE

- Agoniste récepteurs $\propto^{2}$ - NA = ↓ NA

AVANTAGES

- ↓ hyperactivité SNA
- Aide sevrage

DÉSAVANTAGES

- ↓ T.A.
- Sédation
- Monitoring T.A.
- Sécheresse bouche
- Rebond de la T.A.

171

Les anticonvulsivants

- Gabapentin (Neurontin)
- Topiramate (Topamax)
- Valproate (Epival, Depakene)
- Prégabalin (Lyrica)
- Lamotrigine (Lamictal)

172

Les anticonvulsivants

- Indicateurs -

- Trouble de l'humeur – cycles rapides (MAB)
- Épilepsie
- Adjuvant aux antipsychotiques dans la schizophrénie
- Trouble du comportement, agressivité

173

Formation continue FMOQ – Octo. 2006 – Leblanc, J. – Les anticonvulsivants : Leur place en psychiatrie

Les anticonvulsivants

GABAPENTIN (Neurontin)

- Action : GABA +
- Ajout aux antidépresseurs ou ASG :
  - tr. panique, Sx anxiété
  - Ph. soc. comorbide
  - Abus substances (dépresseurs) (MAB)
  - Douleur neuropathique
  - Fibromyalgie
- Dosage :
  - 200-300 BID
  - ↑ de 200/3 jours
  - D. Thérapeutique 1200 – 3000 mg/jour
- Bien toléré :
  - Vertige, somnolence
  - Oedème péphérique

174

Les anticonvulsivants

Topiramate (Topamax)

- MAB cycles rapides, ultra rapides
- Ajout aux stabilisateurs de l'humeur et ASG
- ↓ Gain de poids, boulimie
- Abus, dépendance alcool
- Migraines
- TOC résistant au ISRS
- ESPT : ↓ Mémoire trauma : ↓ réactivité émotionnelle

Formation continue FMOQ – Octo. 2006 – Leblanc, J. – Les anticonvulsivants : Leur place en psychiatrie

175

Les anticonvulsivants

Topiramate (Topamax)

- Changements cognitifs
- Sédation
- N/V, glaucome
- Interaction avec C.O. : ↓ de 50% (inducteur p-450)

- Dosage :
  - ➢25-50 mg/1er jour
  - ➢↑ 25 à 50 mg/4-7 jours
  - ➢Dose ther. : 100-300 mg/ jour

Formation continue FMOQ – Octo. 2006 – Leblanc, J. – Les anticonvulsivants : Leur place en psychiatrie

176

Les anticonvulsivants

VALPROATE (Epival, Depakene)

- Manie aiguë
- MAB mixte, cycles rapides
- Comorbidité : toxico
- Ajout Lithium, ASB
- 1/3 controle en monothérapie
- Migraines
- Dépression du MAB : peu efficace

Formation continue FMOQ – Octo. 2006 – Leblanc, J. – Les anticonvulsivants : Leur place en psychiatrie

177

Les anticonvulsivants

VALPROATE (Epival, Depakene)

- Interactions
  - ↑ Pds
  - ↓ Plaquettes
  - Léthargie, sédation
  - Ataxie
  - N, V, D
  - Pancréatite
  - Hépatotoxique

- Dosage :
  - Manie : 1200 – 1500 mg/jour

Formation continue FMOQ – Octo. 2006 – Leblanc, J. – Les anticonvulsivants : Leur place en psychiatrie

178

Les anticonvulsivants

LAMOTRIGINE (Lamictal)

- Manie aiguë
- Dépression MAB : Type II cycles rapides – Efficace en traitement et prévention
- Dépression unipolaire : Ajout antidépresseur – Améliore 2/3 pts
- Ajout au ASG et Li
- Efficace si anxiété – panique : ESPT
- ↓ impulsivité : T.P. limite

Formation continue FMOQ – Octo. 2006 – Leblanc, J. – Les anticonvulsivants : Leur place en psychiatrie

179

Les anticonvulsivants

LAMOTRIGINE (Lamictal)

- Positifs
  - Bien toléré
  - Personnes âgées : ok
  - ↑ cognition
  - Peu de sédation
- Négatifs
  - RASHS bénins
  - 2 – 8 semaines
  - Rx : début lent

- Dosage :
  - 25 mg/ 2 sem. : 200 mg le matin

Formation continue FMOQ – Octo. 2006 – Leblanc, J. – Les anticonvulsivants : Leur place en psychiatrie

180

Les anticonvulsivants

PREGABALIN (LYRICA)

- Analogue GABA : Neurontin - ↓ libération de (NA, GLU, P)
- Douleur neuropathique, fibromyalgie
- Tr. anxiété (Anx. général./ Panique/ Phobie sociale)
- Trouble du sommeil
- 300 – 600 mg/ jour
- Action rapide
- Peu effet sec. : somnolence, vertiges, ↑ Pds, œdème
- Pas interaction

Formation continue FMOQ – Octo. 2006 – Leblanc, J. – Les anticonvulsivants : Leur place en psychiatrie

181

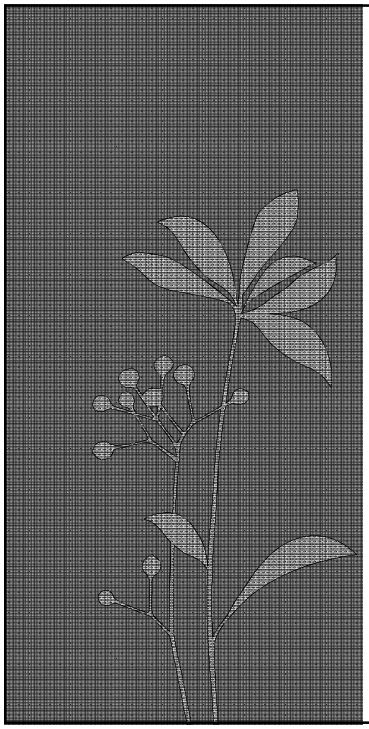
Les anticonvulsivants

PREGABALIN (LYRICA)

- Dosage :
  - ➢Début 75 BID
  - ➢↑ 150 BID après 7 jours
  - ➢↑ 300 BID après 7 jours si besoin
  - ➢Si sédation : dose unique HS

Formation continue FMOQ – Octo. 2006 – Leblanc, J. – Les anticonvulsivants : Leur place en psychiatrie

182



CAS CLINIQUE

183

Pamphile, 47 ans

Hospitalisé suite à une intoxication sévère avec ses Rivotril, qu'il prend depuis 10 ans.

Soins intensifs : 7 jours

Sort du CH sans aucun traitement.

Il présente de l'agitation, de l'insomnie, une humeur instable, des palpitations, des nausées, d'atroces céphalées.

On lui répond que son sevrage est fini.

Votre opinion

184

Ambroise, 48 ans

Suite à une fracture il y a 1 an, il abuse de codéine. Il dit mieux dormir et être moins déprimé.

Il consulte car son médecin a coupé les liens.

À l'examen vous notez :

Humeur dépressive, anxiété, idées de mourir, il est tendu, irritable, souffre d'insomnie, douleurs musculaires généralisées.

<u>Quel sont vos options de traitement?</u>

185

Trouvez l'erreur…

07 fév. 2009

180 CLONAZEPAM (2mg) comp. Rep. X9

1 comp. 4 f. p. jr et 1 comp. supplémentaire si anxiété – MAX de 6 co/jr

02 avril 2009

84 CHLORDIAZEPOXIDE (25mg) capsule Rep. 0

1 comp. 4 f. p. jr pour 3 semaines

186

Auguste, 41 ans

Marié depuis 10 ans, en instance de séparation, a une fille de 10 ans.

Consomme:

cocaïne depuis l'âge de 30 ans, environ ½ à 2 grammes, 3 à 4 fois par semaine, sniffé.

Alcool, débute à 19 ans, présentement il boit 5 à 6 consommations avec prise de cocaïne.

Abstinent de cocaïne depuis janvier 2009, avec 2 rechutes : le 23/03/09 a pris ½ gr. et le 25/03/09 a pris 2 ½ gr.

Arrêt de travail le 10/11/08 avec Dx hernie discale $L^5 – S^1$. Consomme opiacés depuis.

187

Auguste, 41 ans (suite)

Hospitalisé pour tentative de suicide le 25/03/09 par pendaison et intoxication médicamenteuse (Oxycontin, Supeudol, Alcool, Cocaïne)

1re tentative de suicide il y a 6 ans suite au décès de son père (s'est jeté dans le fleuve en avril)

Depuis 3 mois, il accuse fatigue, difficulté à dormir, se stimule avec cocaïne et dit souffrir de douleur au dos (6/10) le matin au lever. Se dit agressif et intolérant.

Violence physique par son père durant son enfance avec ceinture et bâton.

- Père alcoolique, décédé d'un infarctus.
- 1 frère toxicomane et plusieurs tentatives de suicide.
- 2 soeurs dont une polytoxicomane sous Rx de méthadone

Réseau social pauvre

188

Suivi médical pour douleur – hernie discale $L^5 – S^1$

Rx
- Oxycontin 20mg 1co BID
- Supeudol 10mg 1 à 2co aux 6 hrs
- Robax-Platine 2co TID

Accepte l'hospitalisation durant laquelle est introduit un antidépresseur et un sevrage des opiacés est effectué avec de la Clonidine sur 2 semaines.

Depuis, son humeur se stabilise et la douleur s'est atténuée avec l'introduction du Lyrica 75mg BID.

À SUIVRE…

189